UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

A GESTÃO EM SAÚDE E AS FERRAMENTAS GERENCIAIS: A EXPERIÊNCIA COM O SISPLAN DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Celso Dias Coelho

Tese Para Obtenção do Grau de Doutor em Saúde Coletiva, Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Área de Concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. George E. M. Kornis
Rio de Janeiro
2008

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

C672 Coelho, Celso Dias.

A gestão em saúde e as ferramentas gerenciais: a experiência com o SISPLAN do Instituto Nacional do Câncer / Celso Dias Coelho. – 2008.

287f.

Orientador: George E. M. Kornis.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Hospitais – Administração – Teses. 2. Hospitais – Planejamento – Teses. 3. Planejamento estratégico – Teses. 4. Saúde – Administração – Teses. I. Kornis, George Edward Machado. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2

Dedico esta Tese...

Aos meus pais Reynaldo e Vera, pelos ensinamentos e pela saudade,
Aos meus filhos Raquel, Celso Filho e Renata pela alegria de tê-los na minha vida,
À minha esposa Célia, amor de minha vida e companheira de todos os momentos.

"Não acredite em nada apenas por ter ouvido. Não acredite nas tradições apenas por terem sido transmitidas através de inúmeras gerações. Não acredite em nada apenas porque é dito e pregado por muitos. Não acredite em nada, apenas porque está escrito em livros religiosos. Não acredite em nada apenas baseado na autoridade de um mestre ou sábio. Mas depois de muita observação e análise, quando chegar à conclusão de que algo é razoável, e que conduz à felicidade e ao benefício seu e de todos, então aceite, e viva à altura do ensinamento".

Buda

AGRADECIMENTOS

É sempre com muita alegria que completamos uma etapa na vida e dessa vez não é diferente. A conclusão do doutorado me traz a alegria e a concretização de um sonho antigo que só pude completar agora já não tão jovem quanto imaginava quando me graduei. Mas descobri que não importa a época, importa o momento e o sentimento, refletidos na alegria e na sensação do dever cumprido. Vai ser muito triste não ter mais um vínculo formal com o IMS e a UERJ, minha escola de formação. Porém, fiz e deixo amigos no Instituto, a começar pelo meu mestre querido e amigo pessoal George Kornis, companheiro desta longa jornada de seis anos que inclui mestrado e doutorado, cuja amizade se fortaleceu neste período. Sua força e confiança no meu trabalho foram muito importantes para mim. Agradeço a todos os funcionários do IMS em particular a Márcia e a Silvia da secretaria pelo carinho e paciência que sempre tiveram, e aos professores do IMS Kenneth, Sula, Rubens e Rosângela Caetano que foram muito importantes na consolidação da minha formação. Ao Professor Cid Vianna um agradecimento em especial por tanto aprendizado na área econômica e por ter aceitado em duas oportunidades pertencer a minha banca examinadora; o meu respeito. Ao Álvaro Nascimento amigo do mestrado, que foi de uma tremenda ajuda na verificação ortográfica da tese. Fala jornalista, valeu mesmo!!.

Orgulho-me de pertencer ao quadro de médicos de uma Instituição da importância do INCA para a saúde neste país, onde dei meus primeiros passos como gestor em Julho de 1987. Agradeço ao Dr. Walter Roriz pela confiança depositada e ao amigo Dr. Mauro Zamboni que me deu a oportunidade através do convite à época para coordenar a Divisão de Apoio Terapêutico e Clínica Médica de Apoio. Naquele momento foi acesa em mim a chama pela gestão hospitalar. Agradeço ao Diretor Geral do INCA Dr. Luis Santini por me permitir analisar do ponto de vista crítico e científico o SISPLAN, que é a "menina dos olhos" da atual gestão sem se preocupar com os resultados que o estudo pudesse trazer. Isto mostra sua nobreza. Muito obrigado. Os meus agradecimentos aos Drs. Luis Maltoni Coordenador da Assistência do INCA e Rita Byington que era Diretora do HC I por ocasião da confecção desta tese. A análise crítica feita ao SISPLAN por vocês foi muito útil nas minhas considerações finais. Meus sinceros agradecimentos ao Dr. Antonio Augusto, Coordenador da Área de Desenvolvimento de Projetos da Divisão da Tecnologia da Informação grande incentivador e amigo que me dá a honra de participar desta banca. Meus agradecimentos ao Professor Paulo Henrique Rodrigues, cujas orientações no projeto de qualificação auxiliaram na direção do norte desta tese e que se dispôs a participar desta banca final. Espero que eu tenha usado a bússola na direção certa.

Aos meus companheiros da Divisão de Planejamento Jairo e Bruno sinceros agradecimentos pela ajuda na coleta de dados e no levantamento das planilhas e dos dados do painel de indicadores, fundamentais para levar esta missão a cabo. Agradeço a generosidade da Myrian Fernandes pela minha opção pelo tema, cujas discussões e críticas do dia-a-dia sobre o SISPLAN formaram uma base importante para permitir formular alguns conceitos e considerações finais.

Um agradecimento especial ao meu amigo e chefe Reinhard Braun, Coordenador da Divisão de Planejamento. Minha eterna gratidão pela amizade e paciência que somente um chefe como você poderia ter. Muito obrigado pela força e incentivo para que eu concluísse essa tese.

Agradeço aos amigos da rotina do CTI do Hospital Badim - Márcio, Daniel, Débora, Teresa, Érica, Cláudia, Luis Eduardo e Nivaldo - cujo trabalho e a segurança me deram a tranqüilidade necessária para que eu tivesse esta tese como foco, na sua reta final. Meus agradecimentos ao Fábio Santoro, Diretor do Hospital Badim, pela compreensão e disponibilização de horas para que eu pudesse dedicar mais tempo à tese.

Deixo para o final as pessoas mais importantes da minha vida e cujos agradecimentos não são menos merecidos. Minha família, Célia, Renata, Celso Filho e Raquel. Agora mais recentemente se juntaram e já fazem parte da família também a Thais e o Rafael. Obrigado pelas horas roubadas, pelos finais de semana sem podermos passear juntos, por não ter férias de Janeiro e pela paciência e tolerância. Não deve ter sido fácil, eu sei. Ainda bem que os tenho, do contrário eu não conseguiria. Sou muito feliz por isso. Esta tese é de vocês também.

Finalmente agradeço a Deus, que me proporcionou todas estas bênçãos e coisas maravilhosas, para que eu chegasse aonde cheguei, na vida pessoal, profissional e acadêmica, com tantas conquistas e amigos. Você meu Deus, permitiu tantas coisas na minha vida, que parafraseando o jogador de futebol, tenho a impressão que quando nasci você olhou pra mim e disse: esse é o cara! Obrigado.

ABREVIATURAS E SIGLAS

BSC - Balanced Scorecard
CD - Conselho Deliberativo
CEDC – Coordenação de Ensino e Desenvolvimento Científico
COAD – Coordenação de Administração
COAE – Coordenação de Atividades Estratégicas
COAS – Coordenação de Assistência
CONPREV – Coordenação de Prevenção e Vigilância
CPQ – Coordenação de Pesquisa
CTI - Centro(s) de Terapia Intensiva
CTP - Câmara Técnico-Política
EMS - Enterprise Management System
FAF - Fundação Ary Frauzino
GQT - Gestão pela Qualidade Total
HC - Hospital do Câncer
INCA - Instituto Nacional de Câncer
MBA - Master Business Administration
MS - Ministério da Saúde
PPS - Smart Performance Pyramid
RH - Recursos Humanos
SIAFI - Sistema Integrado de Administração Financeira
SISPLAN - Sistema de Planejamento
SUS - Sistema Único de Saúde
UTI - Unidade(s) de Terapia Intensiva

RESUMO

A gestão na área de saúde vem sofrendo modificações ao longo do tempo. As últimas duas décadas foram voltadas para o crescimento e implementação da gestão profissional neste setor, com o suporte do uso de sistemas de planejamento informatizados como apoio à gestão. Assim, este estudo tem como principal fio condutor as premissas da Gestão e do uso de ferramentas gerenciais. Embora não seja um estudo de caso, apóia-se em uma experiência concreta de gestão no Instituto Nacional de Câncer do Rio de Janeiro. Nesta pesquisa é observado que as organizações de saúde sempre estiveram voltadas para a assistência sem preocupação com a gestão em si, mas que a partir da crise econômica mundial dos anos 80 houve mudanças neste cenário. Estas alterações ocorreram não somente na gestão da saúde, como também na profissionalização do gestor. O uso de ferramentas gerenciais também é contemplado nesta pesquisa, porquanto hoje se debate a sua importância no auxílio do planejamento e da estratégia a ser orientada para estas organizações. Paralelamente à discussão sobre os sistemas mais usados nas empresas e organizações de saúde, é discutida como ferramenta gerencial principal nesta tese o Sistema de Planejamento (SISPLAN) do Instituto Nacional de Câncer do Rio de Janeiro, um instrumento desenvolvido na Instituição e que vem redesenhando os espaços institucionais de decisão e de discussão de políticas. Este estudo demonstra que a aplicação desta ferramenta gerencial possibilitou a implementação dos projetos prioritários e mais relevantes. Como ferramenta gerencial, o SISPLAN facilitou o desenvolvimento de uma gestão participativa e compartilhada em todos os níveis. Apesar das melhorias que ainda são necessárias para o aperfeiçoamento deste instrumento, são inegáveis as conquistas obtidas no transcorrer deste processo. Percebe-se, contudo, que apesar das suas características o SISPLAN não parece ser a ferramenta gerencial que expresse a estratégia da instituição, pois ele se comporta como uma ferramenta de planejamento. Assim, conclui-se que pelas características apresentadas durante o estudo, que o balanced scorecard deva ser associado ao SISPLAN como uma ferramenta gerencial complementar para permitir a construção da estratégia, baseada em uma cadeia de relações de causa e efeito e de fatores impulsionadores. Esta tese vem demonstrar que a disponibilização de uma ferramenta gerencial é fundamental para o sucesso da gestão.

Palavras chave: Gestão, Ferramentas Gerenciais, Planejamento, Gestão Estratégica e. SISPLAN.

ABSTRACT

The management in the health area has been experiencing changes through time. The last two decades were concerned only to the growth and implementation of the staffing management system, with the use of computerized planning system as a kind of support to the management itself. Thus, this thesis takes the premises of the Management and the use of Managerial Tools as the basis of its research. Although, it is not a study of case, it is supported on a real managerial experience applied at National Cancer Institute of Rio de Janeiro. In this study, we observe that the health organizations used to be concerned only to the assistance, without worrying about the management itself. This thought has changed following the World Economical Crises in the 80's, and after that, the health industry became concerned not only in the health management, but also in the professionalism of the manager. The usage of managerial tools in the heath system is also discussed in this thesis, due to the importance that is given to this subject. Nowadays, we debate a lot, the importance of a managerial tool in helping the planning and strategy to be presented as a model to the health organizations. In parallel to the discussion about the most used managerial systems in the companies and organizations of health, this study also discusses, as the most important focus, a managerial tool called SISPLAN of National Cancer Institute of Rio de Janeiro, a tool developed by this institution which has been restructuring the institutional spaces of decision and of politics discussion This research also shows that the application of SISPLAN made able the implementation of more relevant and priority projects. As a managerial tool, SISPLAN facilitated the development of a management system which was both participative and shared in all levels. Despite of improvements that are still necessary for the improvement of this tool, they are undeniable the achievements obtained in the course of this process. It can be realized, however, that spite of its features, SISPLAN doesn't seem to be a managerial tool which express the institution strategy, because it behaves as a planning tool. So, we concluded that according to balanced scorecard features, it must be associated to SISPLAN as a complementary managerial tool which allows the construction of the strategy, based on a chain of cause and effect relations and on booster factors. This thesis aims to demonstrate, how essential is the availability of a managerial tool is essential for the success of the heath management.

Key words: Management, Managerial Tools, Planning, Strategy Management and SISPLAN.

SUMÁRIO

SUMÁRIO **10**
APRESENTAÇÃO **14**
INTRODUÇÃO **21**
CAPÍTULO 1 – O HOSPITAL **29**
1.1 A Evolução do Hospital 30
1.2 - O Administrador Hospitalar 48
1.2 - O Administrador Hospitalar 48
Síntese do Capítulo 1 58
CAPÍTULO 2 - GESTÃO HOSPITALAR 59
2.1 A Gestão 60
2.2 - Os Novos Modelos de Gestão 65
2.3 - A Gestão Pela Qualidade – Breve Histórico 72
2.4 - Gestão Participativa E Compartilhada 86
Síntese do Capítulo 2 92
CAPÍTULO 3 - FERRAMENTAS GERENCIAIS **93**
3.1 - As Ferramentas Gerenciais e Sua Aplicação 94
3.2 - Ferramentas Gerenciais – Uma Pequena Análise Individual 100
3.2.1 – Seis Sigma 101
3.2.2 - Smart Performance Pyramid 107
3.2.3 - Balanced Scorecard (BSC) 109
3.2.5 - SISPLAN – O Sistema De Informações Gerenciais Do INCA 120
Síntese do Capítulo 3 137
CAPÍTULO 4 - A METODOLOGIA DA PESQUISA **138**
4.1 - Metodologia 139
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS DA PESQUISA **142**
5.1 Resultados e Análise 143
CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO FINAL E CONCLUSÕES **182**
6.1 – Discussão Final e Conclusões 183
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **201**
ANEXOS **218**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....108
Figura 2.....113
Figura 3.....113
Figura 4.....133
Figura 5.....134
Figura 6.....135
Figura 7.....136
Figura 8.....143
Figura 9: 144
Figura 10.....154
Figura 11.....155

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Projetos Implantados e valores relativos ao ciclo 2004 do SISPLAN... 145
Quadro 2: Projetos Implantados e valores relativos ao ciclo 2005 do SISPLAN... 147
Quadro 3: Projetos Implantados relativos ao ciclo 2006 do SISPLAN..... 150
Quadro 4: Resumo dos ciclos SISPLAN entre 2004 e 2007 151
Quadro 5: Painel de Indicadores SISPLAN..... 172
Quadro 6 : Acompanhamento e Inserção dos Indicadores..... 179
Quadro 7: Indicadores do Painel por Tipo..... 180

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Projetos da CEDC aprovados e encaminhados ao CD e orçamento por ciclo 156
Tabela 2 : Projetos da COAD aprovados nas CTP e encaminhados ao CD.....157
Tabela 3: Projetos da COAE aprovados nas CTP e encaminhados ao CD 158
Tabela 4: Projetos da CONPREV aprovados nas CTP e encaminhados ao CD 159
Tabela 5: Projetos da CPQ aprovados nas CTP e encaminhados ao CD 160
Tabela 6: Projetos da CRH aprovados nas CTP e encaminhados ao CD 161
Tabela 7: Projetos da Direção Geral aprovados nas CTP e encaminhados ao CD 162
Tabela 8: Projetos do HC I aprovados nas CTP e encaminhados ao CD 163
Tabela 9: Projetos do HC II aprovados nas CTP e encaminhados ao CD 164
Tabela 10: Projetos do HC III aprovados nas CTP e encaminhados ao CD 165
Tabela 11: Projetos do HC IV aprovados nas CTP e encaminhados ao CD.....166
Tabela 12: Projetos da DIPAT aprovados nas CTP e encaminhados ao CD.....167
Tabela 13: Projetos da COAS aprovados nas CTP e encaminhados ao CD 167

Tabela 14: Consolidado SISPLAN dos projetos aprovados encaminhados ao CD.....168

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....219
ANEXO 2 – DEPOIMENTO DO DR. LUIZ ANTONIO SANTINI.....220
ANEXO 3 - DEPOIMENTO DO SR. REINHARD BRAUN 223
ANEXO 4 - DEPOIMENTO DO DR. LUIZ AUGUSTO MALTONI.....226
ANEXO 5 - DEPOIMENTO DA DRA. RITA BYINGTON 232
ANEXO 6 - DEPOIMENTO DA SRA. MYRIAN FERNANDES.....237
ANEXO 7 - DEPOIMENTO DO DR. ANTONIO AUGUSTO.....240
ANEXO 8 – SISPLAN – MANUAL DO USUÁRIO 242

APRESENTAÇÃO

Nunca é tarde demais para ser aquilo que sempre se desejou ser.
(George Eliot)

A Unidade de Terapia Intensiva, um ambiente fechado de um hospital onde se pratica medicina de alta complexidade para pacientes gravemente enfermos, possui na sua lógica de funcionamento o desenho de uma unidade hospitalar. Essa condição faz com que o intensivista tenha uma visão macro de todos os processos à sua volta. Coincidentemente, hoje em dia, um grande número de profissionais da área de saúde que se aventuraram pelos caminhos da gestão foram intensivistas ou ainda praticam medicina intensiva. Assim, pode-se dizer que embora em uma escala menor, a experiência nestas unidades traz para o coordenador a experiência da complexidade hospitalar.

Isto não significa dizer que todo intensivista está preparado para ser um bom administrador ou que a Terapia Intensiva forme gestores, longe disso. Atualmente a gestão na área de saúde está se profissionalizando, o que denota a necessidade de outras habilidades próprias para esta função além da capacitação adequada. Entretanto, a Terapia Intensiva tem esse atrativo, pois a participação de várias equipes multiprofissionais, fluxograma de processos, análise regular de indicadores de resultados, objetivos estratégicos e metas, alocação de recursos, almoxarifado e tomadas de decisão, fazem parte da rotina de qualquer instituição, o que transforma a UTI em um “pequeno hospital”.

Foi com a experiência de apenas sete anos de graduação, que me vi alçado a Coordenador da Divisão de Apoio Terapêutico e Clínica Médica do Instituto Nacional de Câncer em 1987. A este cargo administrativo logo se seguiram outros, como o de Chefe do CTI do Hospital Municipal Souza Aguiar no Rio de Janeiro. Apesar de me considerar um bom técnico e - este certamente foi o motivo maior dos convites para àquelas funções à época – notei que algumas questões necessitariam conhecimento mais específico, conquanto eu pudesse me sair adequadamente naquela função.

Desta forma, incluí na minha formação médica em 1992, uma pós-graduação em administração hospitalar (hoje *MBA*) para que pudesse entender mais a fundo, alguns problemas gerenciais que somente com o meu conhecimento técnico de Medicina Intensiva teria mais dificuldades para solucioná-los. A assimilação desses conhecimentos foi muito importante, pois vários foram os convites que se sucederam em minha vida profissional para

exercer cargos gerenciais, alguns inclusive na Terapia Intensiva, que não parei de exercer como especialidade em nenhum momento.

A conjunção destas duas vertentes - Medicina Intensiva e Administração - me possibilitou um grande armazenamento de conhecimento técnico e administrativo, que me permitiram deixar rastros importantes na conformação da área da medicina intensiva e na saúde de uma forma geral em vários de seus momentos. Embora tenha nascido nas teias da medicina assistencial, não posso negar que encontro motivações suficientes na área da gestão de saúde para considerá-la como segunda opção a ocupar parte significativa de meus afazeres hoje.

Com tantas idas e vindas nos hospitais, não me graduei formalmente além da especialização até há pouco mais de 6 anos, e pensava que mesmo para profissionais mais “maduros” a titulação formal era importante e fui atrás do sonho. Aproveitando uma lacuna de minha vida profissional fui aprovado no Instituto de Medicina Social e fiz mestrado e doutorado seguidos, com a ajuda de meu orientador e amigo pessoal George Kornis nas duas empreitadas e, esta tese pronta é a prova final.

Escrever esta tese teve seus momentos de tomada de decisão também. O projeto original apresentado para a banca do concurso do doutorado teve de ser modificado há cerca de dois anos pela grande dificuldade que encontrei em levar adiante a aplicação da metodologia do *Balanced Scorecard* dentro do CTI do Hospital do Câncer I do INCA. A idéia inicial era implementar este sistema em duas das Unidades de Terapia Intensiva do INCA, dos Hospitais do Câncer I e Hospital do Câncer II.

Na ocasião foi feito um levantamento da literatura, e o objetivo era avaliar uma nova dimensão no *BSC,* já que instituições públicas não estão voltadas para o lucro (perspectiva financeira) que é um dos braços deste instrumento. Infelizmente não foi possível, pois foram criados vários graus de dificuldade naquele CTI - do qual eu já havia sido o Coordenador - e apesar de terem sido apresentados a metodologia e os princípios básicos da ferramenta aos

profissionais daquele setor, o processo foi sendo progressivamente obstruído e descontinuado.

Pouco depois desta decisão, tive oportunidade de ler um artigo de Prochnik e Silva (2006) sobre as sete dificuldades encontradas por gestores para implantar o *BSC*. Qual não foi minha surpresa, quando li que os problemas internos eram barreiras fundamentais à mudança na administração hospitalar. Entre as sete descritas no trabalho, quatro se referiam aos traços típicos da gestão hospitalar responsáveis por dificultar o desempenho dos modelos de administração. No caso do CTI do HC I, por exemplo, identificamos pelo menos duas delas. Uma delas está inserida na primeira dificuldade descrita por aqueles autores e diz respeito ao conflito de interesses entre os administradores e os clínicos. Neste caso, a implantação do BSC exige equipes multidisciplinares, pondo em contato médicos, administradores, enfermeiros e os demais funcionários. Isto significa que em algumas decisões, profissionais não médicos possam passar a ter mais participação.

A outra dificuldade apontada e que se insere neste contexto é o baixo grau de mensuração de desempenho do CTI, pois, aquela unidade tinha dificuldade em identificar alterações nos padrões de suas atividades e em acompanhar ou direcionar suas metas. Na verdade, acredito que o *BSC* foi visto como um modismo, particularmente pela coordenadora do CTI à época, além do fato do risco de ter os resultados de suas atividades controlados e divulgados em toda a instituição, o que poderia causar desconforto para àquela coordenação. Independente deste ou daquele motivo, as dificuldades foram muitas e após quase dois anos de tentativas eu desisti, pois colocava em risco o meu estudo. Como o INCA estava mudando o modelo de gestão e introduzindo um novo sistema de planejamento, passei a me interessar por este instrumento e optei pela troca de uma ferramenta gerencial pela outra.

Assim, esta tese versará sobre a gestão nas organizações de saúde com um foco mais aprofundado no uso de ferramentas gerenciais de apoio que são utilizadas hoje em dia. O uso destes sistemas embora já seja uma realidade, só mais recentemente vem sendo apropriada pela área da saúde, pela necessidade que se tem de medir o desempenho institucional. Além desses aspectos será

abordado também, o SISPLAN, a ferramenta gerencial desenvolvida no INCA a partir de 2004 e que veio compor a base da pesquisa para o problema a ser discutido nesta tese.

Esta tese se inicia com a introdução ao assunto através de uma breve abordagem sobre o tema que serve de objeto desta pesquisa que é a gestão e o uso de ferramentas gerenciais e seus objetivos principais. A partir deste ponto a tese se subdivide em capítulos em um total de seis onde os três primeiros trazem o suporte teórico para o embasamento da discussão a ser feita neste estudo.

O primeiro capítulo versa sobre o hospital, e é subdividido em dois tópicos que abrangem a evolução da organização hospitalar propriamente dita incluindo sua origem anterior à era cristã e as primeiras discussões sobre sua importância a partir da idade média com a proposta dos hospitais de caridade. Também são comentados aspectos do desenvolvimento destas organizações no Brasil a partir da implantação dos primeiros hospitais sob a égide da Igreja e do Exército, de que forma podem ser classificados e em que condições são mantidas. O segundo tópico deste capítulo discute a figura do administrador hospitalar que surge ao longo desta evolução. A importância da profissionalização da administração hospitalar e do gestor como especialidade própria, para gerenciar uma organização neste nível nos dias atuais. Seus atributos e funções, a visão dos médicos e as dificuldades encontradas pelos gestores nas atividades meio para se conseguir resolver as atividades fim.

O segundo capítulo aborda a Gestão Hospitalar onde são discutidas as nuances da administração em instituições de saúde e sua metodologia. Os empirismos e a sua profissionalização. Este capítulo é subdividido em quatro tópicos. O primeiro tópico deste capítulo consiste no tema Gestão onde é discutido o processo de mudança organizacional nas empresas e a busca de novas práticas gerenciais; modelos centralizados e a necessidade de mudanças do modelo com vistas à descentralização. O segundo tópico comenta sobre os novos modelos de gestão, sobre missão e visão, *démarche stratégique* e a possível aplicabilidade no SUS e outros modelos gerenciais. O terceiro tópico aborda a Gestão pela Qualidade em um breve histórico sobre a febre que tomou conta da gestão a partir dos anos 90 no Brasil e o que ficou de positivo com a

introdução desta metodologia no nosso cenário. E por fim, neste capítulo discute-se a Gestão Participativa e Compartilhada, um termo que ganhou força a partir da mudança de governo em 2003 e que foi implementada no Instituto Nacional de Câncer em 2004 após a troca do gestor daquele Instituto. Serão abordados seus aspectos de gestão por resultados com a participação aberta aos funcionários e a transparência das decisões justamente por ser compartilhada.

O terceiro e último capítulo desta tríade que fundamenta o suporte teórico, versa sobre o tema ferramentas gerenciais e é subdividido em dois tópicos. O primeiro sobre a aplicação das ferramentas gerencias, a importância da tecnologia da informação na aplicação de sistemas informatizados na área da saúde que permitem o encurtamento das distâncias e a agilização das decisões. O segundo tópico é composto pela discussão das principais ferramentas gerenciais encontradas hoje nas empresas e organizações hospitalares, com suas características e aplicabilidade na saúde ou em áreas mais específicas. Entre elas destaque maior para o *Balanced Scorecard* e o SISPLAN. Cada um destes capítulos é composto por uma pequena síntese ao seu final, para que o leitor possa reforçar o entendimento do que foi descrito.

O quarto capítulo envolve a metodologia da pesquisa e como foi desenvolvida a partir da revisão bibliográfica sobre o tema. O quinto capítulo traz os resultados da pesquisa com o levantamento dos dados de quatro anos do SISPLAN, gráficos, tabelas, e sua análise através de comentários que procuram elucidar para o leitor o desempenho dos resultados dos diversos ciclos do SISPLAN no INCA. O capítulo seis é constituído pela discussão final e as conclusões sobre o tema abordado, o alcance dos objetivos e a resposta do problema inicial.

Este documento ainda é composto por uma seção de anexos com os depoimentos de seis gestores do INCA por ocasião da implantação do SISPLAN naquele Instituto com a visão individual de cada um deles sobre o assunto suas críticas e observações que enriqueceram o debate final. Estes depoimentos poderiam fazer parte do capítulo cinco onde estão os resultados, visto que na metodologia está descrito que estes depoimentos constam da pesquisa, contudo foram colocados em uma seção separada para facilitar a organização e não

confundir o leitor na hora de observar os resultados em si. Ainda como parte dos anexos foi incluído o “Manual do SISPLAN”, um encarte criado na Divisão de Planejamento que ensina ao usuário do UNCA como deve proceder (passo a passo) para cadastrar um projeto no SISPLAN. Este manual é disponibilizado no sistema de informatização interna do INCA – INTRANET – e é disponível para todos os funcionários em todos os níveis hierárquicos.

Boa leitura!

INTRODUÇÃO

Concedei-nos Senhor, Serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, Coragem para modificar aquelas que podemos e Sabedoria para distinguir umas das outras.

Autor Desconhecido

A opção pelo objeto de minha tese de doutorado envolveu vários aspectos e essa decisão não foi assim tão fácil. Por mais paradoxal que possa parecer, percebo que o fato de ter me apaixonado desde a época de estudante, pela medicina intensiva, acabou sendo um dos fatores que me levou a estudar um pouco mais profundamente a administração hospitalar e abordar a gestão e as ferramentas gerenciais nas instituições de saúde como objeto de estudo nesta tese, com uma rápida abordagem sobre a questão da profissionalização da gestão.

Será observado ao longo deste estudo cujo principal fio condutor são as premissas da Gestão e do uso de ferramentas gerenciais, que, embora não seja um estudo de caso, apóia-se em uma experiência concreta de gestão no Instituto Nacional de Câncer do Rio de Janeiro, que está pautado institucionalmente no cultivo de um ambiente dinâmico de técnicas de alta complexidade, com a aplicação de estratégias administrativas em uma instituição pública, com necessidades de agilidade empresarial.

Pode parecer paradoxal, porquanto são áreas aparentemente distintas, uma técnico-científica e outra administrativa; uma como atividade fim e a outra como atividade meio. Porém, se a medicina intensiva é ciência, arte e política, também podemos considerar a gestão como uma ciência, quando lançamos mão de conceitos teóricos muito bem estabelecidos e sistematizados, e em constante progresso, advindos de muitas eras que serão abordados neste estudo.

Os hospitais, desde sua origem, sempre estiveram voltados para a prestação de serviços de saúde sem dar atenção ao gerenciamento. Esse tipo de preocupação só começou a surgir com a crise econômica mundial de meados dos anos 80 – e cujas cicatrizes ainda podem ser percebidas – principalmente no chamado terceiro mundo (Mintzberg, 2003).

A partir de então, tornou-se necessário transformar os hospitais em empresas, com tudo que essa migração tem de bom e de ruim. Tendo em vista o caráter humanista da profissão, pode-se ter uma breve idéia do que significa estabelecer prioridades quando se trabalha diariamente entre a excelência

médica e a excelência administrativa. Este é um dos temas das escolas de administração e dos cursos de *MBA* que são discutidos hoje em dia.

Um outro grande problema das escolas de administração é fazer dos médicos, bons gestores, abandonando a velha e muitas vezes inócua, tradição de se nomear diretor, o clínico mais experiente do hospital. Não basta a experiência médica, mas também não adianta chamar um empresário sem passagem pelo universo hospitalar. Assim, a apreciação que pode ser feita a este respeito é que a gestão no sistema de saúde está experimentando nos últimos anos mudanças importantes, que devem se acelerar em um futuro próximo.

Dois fatores condicionam essa evolução: a descentralização do processo decisório e gerencial, em direção ao nível operacional e a pressão no sentido da racionalização e "eficientização" do setor. Essa pressão decorre primeiro, da crise econômica dos anos 80 e 90, e mais recentemente, da abertura da economia brasileira ao processo de globalização e à competição internacional. As estratégias para superar essas crises econômicas tenderam a modificar o sistema de saúde no sentido de dar-lhe maior flexibilidade de gestão e maior estabilidade financeira (Coelho, 2004).

Um dos princípios fundamentais da profissionalização do gerenciamento da assistência - especialmente pelos médicos - é a responsabilização destes profissionais de saúde pelo custo dos serviços que prestam. Isso faz com que o profissional médico tenha de levar em conta a dimensão econômica e, porque não, ética quando decide por um procedimento ou tratamento, podendo reduzir as possibilidades de utilização de recursos técnicos não estritamente necessários.

De maneira geral, esse princípio encoraja uma utilização mais criteriosa e racional dos recursos existentes e, em particular, dos recursos tecnológicos, que na terapia intensiva, por exemplo, têm um custo alto e crescente (Halpern, 2004). Embora tal princípio não deva ser levado ao extremo (pois isso resultaria possivelmente em uma queda da qualidade), tem a vantagem de chamar a atenção para o fato de que não se pode desvincular ética e técnica da prestação de serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. Por outro lado, implica

que a informação sobre o seu custo seja imprescindível para um gerenciamento adequado dos serviços (Ahrens, 1998).

Entretanto, a questão de alocação de recursos é cada vez mais problemática nas cidades mais densas populacionalmente, pois o limite de recursos inicia-se no número de leitos disponíveis. Nestas situações a decisão da internação fica baseada na perspectiva de reversibilidade do quadro clínico do paciente. Discute-se, neste caso, a apropriação adequada dos recursos a serem dispendidos, a tecnologia que deverá ser utilizada e as necessidades de contenção dos custos nestas unidades (Cook, 1999).

Provavelmente, esta discussão embora racional, envolva também a questão filosófica e ética dos cuidados individuais e das mudanças radicais ocorridas nas ciências médicas, mudando progressivamente o papel do médico como nunca antes o fizera. O médico também estava assumindo outros papéis e entre eles o de administrador. Para assumir também esta função dentro do hospital, o médico precisa se capacitar para dispor do conhecimento necessário que permita discutir todos os vetores sobre as questões administrativas e políticas que norteiam a gestão.

Por sua vez, a gestão hospitalar atualmente é nítida e positivamente política. De acordo com Antonietto Junior (2007), há no conjunto conceitual da política, um viés popular, simplista, partidário e cotidiano que estão presentes em alguns instantes dos processos de decisão, na administração de conflitos, nas definições de estratégias de curto, médio e longo prazo, nas fusões com outras empresas e nas implementações da ética corporativa.

Assim sendo, o gestor está agindo dentro de um contexto muito diferente daquele vivido pelos administradores pioneiros e amadores, das primeiras décadas do século passado. As mudanças no ambiente institucional estimulam cada vez mais a integração entre eles. A criação de um organograma com várias coordenações e divisões, por exemplo, cria áreas interligadas com conteúdos afins e amplia as fronteiras institucionais. Poder competir dentro da área de saúde privada, leva os gestores a disputarem um contingente de clientes diversos - que variam desde prestadores de serviço aos financiadores da saúde - ao mesmo

tempo em que criam oportunidades, estes mercados acirram a concorrência. Também é papel do gestor desenvolver a qualidade na gestão pública permitindo que sejam atendidos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso à atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade, de reduzir as desigualdades e de garantir ações que englobem promoção, proteção e recuperação da saúde.

Marin (2001) diz que a gestão hospitalar tem dupla dimensão, e, portanto deve possibilitar a redução do custo com melhora da eficiência e da qualidade dos serviços de atenção, e a implementação de políticas públicas em saúde dos níveis locais, regionais e nacional. Portanto a gestão hospitalar deve interessar tanto às autoridades sanitárias, quanto aos administradores públicos. Partindo-se da premissa que a gestão hospitalar deve ser entendida como gestão de uma política pública, a sua formulação e execução, bem como sua avaliação devem ser conduzidas institucionalmente.

Neste contexto de mundo globalizado, o desafio dos gestores já atuantes e de outros que estão pensando em desenvolver suas aptidões, será desenvolver a capacidade de se municiar com as ferramentas gerenciais adequadas para criar uma instituição verdadeiramente competitiva. Os serviços que serão oferecidos à clientela terão de ser produzidos dentro de padrões de qualidade da assistência e de seus processos. Há diversas ferramentas gerenciais e porque não científicas, como a epidemiologia que parece a mais democrática e a que tem melhores condições de praticar justiça social (Antonietto Junior, 2007). Claro que a pretensa justiça depende de quem é o gestor e para quem se pratica a gestão. Entre as ferramentas mais utilizadas e, de forma provocativa, pode-se citar a planilha eletrônica. Alguém pode imaginar gerenciar em qualquer nível da gestão sem a planilha Excel?

Nos hospitais, os processos decisórios são permeados de debates políticos que, por vezes, mais parecem um fórum de uma assembléia legislativa. Certamente, erra-se menos nestes processos, justamente como conseqüência deste ”viés” político. É certo também, que não é mais possível tomar decisões sem informações. Mas é possível, e felizmente raro que decisões sejam tomadas

tão somente nas informações. Enfim, sem a dimensão política a probabilidade de tomar decisões erradas é maior.

Nem precisa de argumentação para perceber a presença da política na administração de conflitos. Sejam estes de que níveis forem. É sempre necessária a persuasão de pessoas em todos os níveis de gestão. Contudo, de maior impacto e periculosidade são as definições das estratégias. Nestes casos, a política jamais poderá estar ausente, mas deve ser relativizada. Decisões de estratégia com peso político relativamente alto tendem a dar errado. Neste caso a dimensão científica deve prevalecer intensamente, sempre como um pequeno toque de arte.

Nas decisões de caráter médico, a medicina se utiliza de algo maior, que é a ciência baseada em evidência (*Evidence-Based Working Group*, 1992; Jenicek, 1997; Gray, 1997 e Drummond, 1998), ou seja, uma forma científica de colocar na balança as infinitas publicações com resultados de pesquisas clínicas (muitas vezes opostos) realizadas em todo o mundo. Por sua vez, a experiência profissional arduamente conquistada e a experiência pessoal coletivamente vivida devem se compor com a política e a ciência na administração hospitalar. Pelo menos um pouco mais. Assim seremos mais criativos e teremos melhores condições de responder às necessidades da saúde, dos hospitais e dos cidadãos de nossa cultura.

Por sua vez, a gestão hospitalar, tradicionalmente calcada em um modelo burocrático de administração, foi submetida a grandes questionamentos a partir da década de 1980, que colocaram esse modelo em xeque (Cecílio, 1993; Gurgel Junior e Falcão Vieira, 2002). Foi um período em que o país atravessou aguda crise fiscal, a globalização chegava e, com ela, inovações tecnológicas, demandando mais e mais recursos. O modelo burocrático, baseado em uma organização dirigida por procedimentos rígidos, forte hierarquia, total separação entre a gerência e os demais funcionários, não mais atendia às necessidades da administração (Coe, 1991; Cecílio, 2002).

Diante desse quadro, este modelo e seu arquétipo administrativo vêm passando por profunda reformulação. Surgiu o modelo gerencial de

administração, que busca a superação do modelo burocrático de gestão, mediante a adoção de mecanismos que visam a excelência administrativa e ao foco no cliente, ou seja, a capacidade de gestão torna-se o centro de discussão da administração pública e privada. A utilização de sistemas de informação no planejamento institucional e no planejamento estratégico é base também para este estudo. Laudon e Laudon (1999) entendem que a introdução de sistemas de informação tem intenso impacto organizacional.

Estes sistemas transformam o modo pelo qual, os diversos grupos atuam e interagem, mudando a maneira pela qual a informação é definida, “acessada” e usada para administrar os recursos da organização e, freqüentemente, leva à nova distribuição de autoridade e de poder. O envolvimento do usuário na concepção e na operação dos sistemas de informação tem várias conseqüências positivas. O usuário, além de ter mais oportunidades para moldar os sistemas de acordo com suas prioridades e necessidades, estará mais apto a reagir positivamente ao sistema, porque teve participação ativa na sua definição e desenvolvimento.

Miranda (1992) realizou estudo sobre o impacto da implementação da Tecnologia da Informação no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Concluiu que as mudanças introduzidas devem ser bem administradas e que a motivação e a participação dos usuários dos sistemas são fundamentais para o sucesso deles. Por sua vez, a implantação de sistemas de informação em organizações hospitalares, permite a integração das informações que assim, tornam-se disponíveis para todos que dela necessitam. Desde então, vêm surgindo novos sistemas que interligam as diversas partes da organização, facilitando a operacionalidade institucional e a tomada de decisão.

Nesta tese foram estudados alguns sistemas de informação (ferramentas gerenciais) que são utilizados hoje nas áreas de saúde. Entre os sistemas estudados, o mais conhecido e divulgado na mídia é o *Balanced Scorecard. S*obre este tema na internet foram mais de 2. 400.00 citações somente no site do *google* de 16 de outubro passado. Esta ferramenta integra as medidas derivadas da estratégia da instituição sem, contudo, abrir mão do desempenho institucional passado atuando sobre quatro perspectivas diferentes, que serão mais bem

estudadas adiante. Este sistema transforma a missão e estratégia em objetivos e medidas tangíveis. Suas aferições representam o equilíbrio entre os diversos indicadores externos (voltados para os clientes), e as medidas internas dos processos críticos de negócios como a inovação, o aprendizado e o crescimento segundo seus criadores (Kaplan e Norton, 1992).

Uma das perguntas desta tese apresentada como o seu objetivo geral é discutir se o uso de ferramentas gerenciais é útil para a prática da gestão. A literatura traz a discussão da utilização de ferramentas gerenciais, como instrumentos facilitadores para a alocação de recursos garantindo assim que todas as ações estejam contempladas no orçamento institucional de forma bastante clara. Devido a uma série de circunstâncias que serão mais aprofundadas no decurso desta tese, o INCA desenvolveu, um sistema de informações em 2004 (SISPLAN) e atraiu minha atenção, não só pelo ineditismo da ferramenta "*feita em casa",* como também da possibilidade de estar diante de um sistema de planejamento institucional e de avaliação de desempenho, que pudesse auxiliar a gestão institucional do INCA.

E este passou a ser o objetivo específico desta tese; saber se aquele sistema de planejamento (SISPLAN) desenvolvido no INCA era apenas mais um banco de dados ou poderia se transformar efetivamente em uma ferramenta gerencial potente para auxílio no planejamento e estratégia institucionais. Se aquela ferramenta gerencial era suficiente para atender as demandas de uma instituição pública no modelo de Gestão Participativa e Compartilhada como o INCA, ou necessitaria de outra para complementá-la.

A escolha do tema se fundamenta na possibilidade de se relacionar as idéias de uma organização pública e as dificuldades impostas pela escassez de recursos, com algumas das peculiaridades do setor privado como a melhor alocação de recursos, e em contrapartida, se possível, incorporar critérios de racionalidade privada no setor público. Além disso, o SISPLAN em seus cinco anos de vida ainda não tinha tido a oportunidade de gerar um documento científico a seu respeito e este talvez tenha sido um dos pontos mais importantes desta tese, a validação científica deste sistema de informações.

CAPÍTULO 1 – O HOSPITAL

"Há duas coisas que a experiência deve ensinar: a primeira é que é preciso corrigir muita coisa; a segunda é que não se deve corrigir demais."
(Eugène Delacroix)

1.1 A EVOLUÇÃO DO HOSPITAL

O surgimento dos hospitais no período que antecedeu imediatamente a Idade Média pode ser relacionado com o caráter religioso e assistencialista de caridade e mesmo de segregação social dos pobres. Este aspecto, que a princípio excluía o lucro financeiro, foi se tornando progressivamente secundário ao longo dos séculos, mas não foi completamente abandonado até os dias de hoje. A presença de atividades sem fins lucrativos pode ser observada em graus variados, mesmo em hospitais privados de caráter lucrativo.

O hospital tem sua origem em época muito anterior à era cristã, mesmo com a opinião de autores que se têm esforçado para demonstrar o contrário. Não há dúvida, porém, que o cristianismo impulsionou e desvendou novos horizontes aos serviços de assistência, sob as mais variadas formas. (Campos,1965).

Ainda de acordo com aquele autor, na Babilônia a prática da medicina começou no mercado. De acordo com o seu relato, pode-se dizer que o mercado foi o hospital daquela época. O relato de Heródoto, o grande historiador de Halicarnassus (Livro I-197) *in* Campos (1965) demonstra tal afirmação:

> *"Os doentes eram conduzidos ao mercado, porque existiam médicos. Os que passavam pelo doente interpelavam-no com o intuito de verificar se eles próprios tinham sofrido o mesmo mal que lhes fora eficaz ou eficaz na cura de pessoas de suas relações. E não era permitido passar pelo doente em silêncio. Todos deviam indagar a causa da sua moléstia".* Heródoto (Livro I - 197) *in* Campos, 1965.

No último período da história assírio-babilônia começaram a tomar corpo os estudos médicos. Estes estudos versavam principalmente sobre preparados vegetais e minerais, antídotos contra venenos de serpente e escorpiões e tratamentos diversos em que o *"encantamento"* era tido em grande conta. (Campos, 1965).

Em Roma, foi se estabelecendo a tradição que impedia que os romanos exercessem esta profissão. Essa prática era considerada da alçada, unicamente, de escravos, libertos e estrangeiros. Por influência dos legisladores e escritores, este preconceito foi desaparecendo. Com o tempo, medicina e médicos gregos conquistaram importância social considerável, triunfando em Roma. Aliás, em 46, Júlio César deu grande dignidade à profissão, concedendo a cidadania romana a todos os médicos (Campos, 1965).

Os exemplos mais remotos de instituições reconhecidas como hospitais foram encontrados no Império Bizantino, por volta do século VII de acordo com Miller (1997). Por volta do século XII várias cidades árabes já possuíam pequenos hospitais, enquanto um grande hospital foi construído no Cairo em 1283 (Porter, 1997). Este conceito de uma construção onde os doentes e necessitados fossem tratados foi introduzido na cristandade pela Ordem das Cruzadas no século XI (McKee, 2002).

Até o século XII, a maioria dos hospitais constituía-se de estabelecimentos pequenos e básicos e raramente ofereciam cuidados médicos. Estes hospitais, na realidade eram refúgios de pobres e doentes, admitidos para serem abrigados e submetidos a cuidados básicos de enfermagem. Além disso, tinham também a intenção de isolar aqueles com doenças infecciosas (Foucault, 1992).

O hospital não havia sido concebido para curar, isto é, o hospital não era uma instituição médica e a medicina nesta época não era uma prática hospitalar e sim extra-hospitalar. É importante este conceito, para poder compreender o que houve de novidade no século XVIII, quando se constituiu uma medicina hospitalar.

Antes do século XVIII, o hospital era um local para assistência aos pobres; instituição de assistência e também de separação e de exclusão. O pobre enquanto pobre precisava de assistência e como doente poderia ser contagioso. Logo, tornava-se perigoso. O hospital exercia a função de proteção, para os outros, dos perigos que o pobre representava. O personagem ideal do hospital nesta época não era o doente que era preciso curar, mas o pobre que estava morrendo. Alguém que devia ser assistido material e espiritualmente. Era um lugar para morrer. As pessoas que lá trabalhavam, estavam lá também para sua

própria salvação do ponto de vista espiritual, pelo aspecto da caridade (Foucault, 1992)

A medicina neste período era individualista. O médico era qualificado como profissional ao término de uma iniciação assegurada pela corporação dos médicos. Sua formação compreendia o conhecimento de textos e a transmissão de receitas mais ou menos secretas ou públicas (Foucault, 1992). Sua qualificação vinha do número de transmissão de receitas e não do campo da experiência. A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico. O médico desempenhava o papel de prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra a doença. Era uma luta individual entre médico e doença. Nada na prática médica desta época permitia a organização, um saber hospitalar, como nada da organização hospitalar permitia a intervenção da medicina (Foucault, 1992).

A disciplina instituída no hospital e os avanços no saber médico levaram à "medicalização do hospital" e ao "hospital médico", como parte do processo de *medicalização da sociedade*, como bem caracterizado por Foucault:

> *"A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura, torna-se um instrumento terapêutico. O médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar."* (Foucault, 1992)

Nesse contexto, todas as definições de espaços, dietas, visitas e várias outras atribuições, anteriormente de competência das ordens religiosas, passam a ser do médico. A documentação de tudo que acontece no hospital também passa a ser obrigatória e exaustiva, servindo de informação e formação do saber médico. Ademais, o hospital passa a ter papel importante também na pesquisa e ensino da medicina.

De acordo com Porter (1997), a saúde do doente e a idéia de se prestar caridade como uma troca para redenção aos céus, conforme citada por Foucault (1992), motivou a fundação de vários outros hospitais. Muitos estabelecimentos

de saúde foram criados na Idade Média, como o Hôtel Dieu em Paris em 1231 e o Santa Maria Nuova em 1288, em Florença.

O maior desenvolvimento "hospitalar" como obra arquitetônica ocorreu no começo século XVI (Porter, 1997). Uma segunda onda de construções ocorreu no século XVII, com a construção do "*The Hôpital Salpêtrière*[1]". O Salpêtrière abrigou prostitutas e funcionou sem um médico residente[2] até 1783. Por último, serviu de residência para mulheres idosas, assim como para as insanas. Durante o século XX ele transformou-se em um hospital de cuidados terciários com uma grande variedade de especialistas.

No século XVIII houve grande progresso na construção hospitalar, motivado pelo incêndio do Hotel Dieu, de Paris, ocorrido em 1772. A Academia de Ciências foi encarregada de elaborar o programa para a nova construção. Para este trabalho colaboraram Lavoisier, Laplace e Tenon entre outros. (Campos, 1965).

Em seu livro *O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea,* Gonçalves (1983) descreve que a transformação do hospital em um centro de terapêutica para os doentes, teve como fator desencadeante a evolução do conhecimento e as novas possibilidades de tratamento surgidas ao longo dos séculos XVIII e XIX, o que mascarou o caráter de abrigo filantrópico para aquelas instituições.

A última metade do século XIX viu o crescimento da medicina como uma profissão, o aumento das especialidades profissionais e o estabelecimento dos hospitais especializados. Alguns grupos de hospitais e profissionais têm um foco em alguma região do corpo, outros em algumas doenças e outros na idade (Porter, 1997).

---

[1] O ***petit arsenal de la Salpêtrière*** levou este nome derivado do sal de pedra, um componente da pólvora de canhão, originalmente estocado nesta construção na margem esquerda do Rio Sena. (Campos, 1965)

[2] Neste caso "residente" não tem a mesma conotação de médico em formação dos dias atuais, mas sim de um médico *"morador"* do hospital ou aquele que permanecesse a maior parte do tempo na instituição, assemelhando-se à figura atual do médico plantonista. N.A.

No Brasil, a assistência médico-hospitalar[3] representou uma das múltiplas faces da Renascença Portuguesa e coincide com o período colonial no século XVIII. Os primeiros hospitais surgiram a partir de duas grandes instituições: a Igreja e o Exército. A Igreja, com a intenção de catequese pelos jesuítas, implantou instituições religiosas de cuidados aos doentes ligadas à Igreja Católica como as Santas Casas de Misericórdia, baseadas em hospitais de modelo europeu (Calvo, 2002).

A primeira obra de Misericórdia foi construída em 1543, pelo colono Braz Cubas, que na Capitania de São Vicente criou o Hospital de Todos os Santos, inspirando-se no nome do grande Hospital de Lisboa, e de certa forma rebatizando o povoado que havia se tornado vila em 1547, passando a se chamar Vila do Porto de Santos. (Almeida, 1965).

O Exército, principal representante do Estado português, passou em 1727 a dispor do primeiro serviço hospitalar militar do Rio de Janeiro, no Morro de São Bento, que daria origem ao Hospital Real Militar (Santos, 2007).

Da mesma forma que os assemelhados europeus, as atividades dos hospitais eram executadas por pessoas interessadas em praticar boas ações, de cunho caritativo e religioso, retirando da sociedade indivíduos que contrariassem sua ordenação, servindo, ao final, como instituições saneadoras da sociedade, muito além da função terapêutica que se conhece hoje (Machado, 1978).

Esse caráter polivalente aparecia também nos primeiros hospitais vinculados às comunidades estrangeiras, com destaque para as Beneficências

---

[3] *O conceito da Assistência (do latim **"ad sistere"** ajudar, assistir), evoluiu através do seu primitivo sentido, eminentemente cristão, até ao seu significado atual de socorro e prevenção, cuidado e cooperação, que tem nas várias modalidades de Serviço Social, seja como Assistência Pública ou beneficência oficial; seja como Assistência Particular, de grupos e classes, tanto leiga, como religiosa. A Assistência, seguindo a sua evolução milenar, do albergue ao hospital, tem sido a companheira tutelar da humanidade na acidentada travessia da vida dos novos; e marcou índice nas faces diversas da marcha da civilização e no desenvolvimento das ciências e das artes, refletindo, de algum modo, o próprio progresso dos conhecimentos humanos. As várias instituições de Assistência, já diferenciadas e complementares, ainda hoje guardam semelhança, afinidades, interdependência e a feição familiar de origem. Sendo elos de uma mesma cadeia, constituem elementos inseparáveis que visam o tratamento e o bem estar; cuidados médicos e cuidado social; e formam no seu conjunto a Assistência Médico-Social na sua mais larga significação, reunindo todas as atividades de um tão vasto domínio.(Almeida, 1965. p.337)*

Portuguesas. Eram, em geral, entidades criadas pelas famílias mais ricas de imigrantes, como centros de apoio – social, financeiro e médico – aos portugueses recém-chegados. O Real Hospital Português de Beneficência do Recife (PE) nasceu em 1855. Dois anos depois, era criado o Hospital Português de Salvador (BA). Em 1859 surgiram, quase ao mesmo tempo, a Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro e a Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência, em São Paulo (Santos, 2007).

Segundo Guimarães (1989) *in* Estevez (2005) a Coroa só passou a atuar diretamente na área hospitalar quando isto se tornou indispensável para atender as necessidades das forças armadas. Inicialmente, para alojar as tropas portuguesas que chegavam ao Rio de Janeiro em péssimas condições de saúde, a cidade resolvia o problema recebendo os militares doentes por intermédio das famílias mais abastadas.

O descontentamento das famílias e as seguidas reclamações levaram a Coroa Portuguesa, a partir de 1582, a utilizar os serviços do precário hospital construído pela Ordem de Misericórdia, que precedeu a Santa Casa. Com a instalação da corte no Rio de Janeiro, em 1808, teve início uma nova era para a saúde no Brasil, com implantação do ensino e do policiamento médico, incluindo o exercício profissional e medidas de higiene dos portos e de terra. A legislação conseqüente destes atos definiu a competência da Coroa em matéria de saúde; a assistência à saúde pessoal continuava a cargo das Misericórdias (Estevez, 2005)

O século XIX, apesar de todas as dificuldades observadas no setor de saúde, pode ser considerado o século de preparação para o intenso desenvolvimento, que aconteceria no século XX, na área da assistência médico-hospitalar no Brasil. Segundo Estevez (2005), os avanços tecnológicos e o aparecimento da medicina científica nos fins do século XIX e início do século XX revolucionaram o papel e as funções do hospital.

A introdução de recursos exclusivos ao âmbito hospitalar, tal como o aparelho de Raios X, fez do hospital um local de diagnóstico e tratamento obrigatório também para a população de maior poder aquisitivo. Tal situação - que

obrigava a prática médica dentro do hospital - teve como conseqüência a ampliação de estabelecimentos visando lucro.

No início do século XX, o hospital passa a ser considerado como um aspecto muito importante na condução e tratamento dos pacientes e para a prática e o ensino médicos conforme sugeridos no relatório Flexner (Calvo, 2002) e implementado, nessa época, nos Estados Unidos. De acordo ainda com Mendes (1984) *in* Calvo (2002), essas são as origens do modelo de prática da medicina ocidental, que vigora ainda nos dias de hoje.

Até meados do século XX, as Santas Casas foram as principais prestadoras de serviços hospitalares no país. O início das grandes campanhas sanitaristas promovidas pelo Estado, também levou à criação de hospitais públicos de porte, principalmente no Rio de Janeiro que à época era a capital. Vários desses hospitais eram dedicados a especialidades desde seu nascimento.

Era o caso do Hospital de Isolamento de São Paulo, inaugurado pelo poder público em 1880, em pleno combate a um surto de varíola. O hospital assumiria, anos depois, o nome do sanitarista Emílio Ribas (1862-1925), afirmando-se como centro de referência no combate a moléstias infecto-contagiosas (Santos, 2007). Nove anos depois da criação do Hospital de Isolamento, começava a funcionar no bairro carioca do Caju, o Hospital São Sebastião, instituição pública também especializada no tratamento de doenças infecciosas.

Alguns centros públicos foram incorporados às Faculdades de Medicina, transformando-se em hospitais-escola. De acordo com Santos (2007), o Hospital das Clínicas de São Paulo, por exemplo, vinculou-se à Faculdade de Medicina da USP em 1944, dois anos antes da incorporação do Hospital São Francisco de Assis à Faculdade de Medicina, hoje integrante da UFRJ. O Hospital São Paulo, que abriu as portas em 1942, foi o primeiro nascido como hospital-escola, em ligação com a Escola Paulista de Medicina.

Entretanto, é interessante notar que na década de 30 e principalmente a partir da década de 50, as instituições privadas hospitalares tomaram corpo e poderio econômico, ocupando uma lacuna deixada por um longo período pelo

Estado nesse setor da assistência à saúde. De acordo com Santos Filho (1991) *in* Marinho (2001), a partir de um processo muito acelerado, o setor privado torna-se importante vendedor de serviços hospitalares ao governo federal (que centraliza as ações de saúde, nessa época), consolidando seu prestígio e posição econômica, prestando, cada vez mais, assistência altamente especializada, de alto custo e de baixo impacto sobre a saúde coletiva.

Esse modelo de atenção hospitalar, após o golpe militar de 1964, torna-se hegemônico na atenção à saúde na esfera decisória das políticas públicas setoriais. Vários hospitais federais são construídos a partir de um perfil emergencial e há uma saturação na compra dos serviços hospitalares privados. Além disso, são contratados profissionais de saúde com baixos salários (Marinho, 2001).

A atenção básica passa a ter papel secundário neste contexto, assim como às estratégias preventivas e promotoras de saúde. Ainda como reflexo destas políticas, reduz-se cada vez mais a atividade médica de cunho liberal promovida no país, desde o século XVI (Marinho, 2001).

A partir da segunda metade do século XX houve grande avanço no desenvolvimento de formas preventivas de muitas doenças contagiosas, principalmente através da vacinação. Em conseqüência ao surgimento desse método preventivo, a assistência à saúde dividiu-se em duas áreas: o tratamento e a prevenção. Os hospitais passaram a ser responsáveis pelo tratamento das pessoas doentes e os ambulatórios passaram a ser responsáveis pelas práticas preventivas.

Gonçalves (1983) ainda refere que a internação de pacientes, as ações de natureza preventiva, a participação em programas comunitários e a integração no sistema de saúde caracterizam o hospital como uma organização complexa, que envolve ainda o gerenciamento de uma grande infra-estrutura de outras atividades meio, como serviços de apoio, recursos financeiros e logísticos.

O processo de medicalização evoluiu rapidamente junto com o direcionamento dos cuidados médicos da comunidade para o hospital, trazido

pelo grande aumento de especialistas. Esta circunstância ocorreu oriunda do desenvolvimento de técnicas assépticas, anestesia mais efetiva, maior conhecimento e aumento das habilidades no âmbito de uma revolução tecnológica. Assim, a característica principal dos hospitais mudou e houve uma redução dramática das infecções endêmicas nos hospitais, especialmente nas especialidades cirúrgicas (McGrew, 1985).

Neste aspecto, alguns médicos e cientistas foram de grande valor como Pasteur, que provou a teoria dos germes e Koch, que desenvolveu a prática e as bases teóricas da microbiologia. Por fim, mas não menos importante, encontra-se Sommelweiss, que demonstrou aos seus pares que lavar as mãos antes de examinar os pacientes reduzia a transmissão de infecções, uma lição que é transmitida até os dias de hoje (Lyons e Petrucelli, 1987).

Vários são os significados e definições para um Hospital[4]. Do que trata o Hospital afinal?

Para Almeida (1983) precursor dos estudos sobre administração hospitalar no Brasil, o hospital é:

> *"Uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; planejada e construída ou modernizada com orientação técnica; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas, oficial ou particular, com finalidades diversas;*

[4] A palavra **hospital** é de raiz latina (*Hospitalis*) e de origem relativamente recente. Vem de *hospes* – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium,* de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como *nosodochium* quer dizer – receber os doentes. Outros vocábulos constituíram-se para corresponder aos vários aspectos da obra de assistência: *ptochodochium, ptochotrophium,* asilo para os pobres; *poedotrophium,* asilo para as crianças; *orphanotrophium,* orfanato; *gynetrophium,* hospital para mulheres; *zenodochium, xenotrophium,* refúgio para viajantes e estrangeiros; *gerontokomium,* asilo para velhos; *arginaria,* para os incuráveis. *Hospitium* era chamado o lugar em que se recebiam hóspedes. Deste vocábulo derivou-se o termo hospício. A palavra *hospício* foi consagrada especialmente para indicar os estabelecimentos ocupados permanentemente por enfermos pobres, incuráveis e insanos. Sob o nome de *hospital* ficaram designadas as casas reservadas para tratamento temporário dos enfermos. *Hotel* é o termo empregado com a acepção bem conhecida e universal. (*Campos, E.S.1965)*.

> *grande ou pequena; custosa ou modesta para atender os ricos, os menos afortunados, os indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes; servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e da dietética, e das demais especialidades afins".* (Almeida 1983, p.205),

Rocchi (1989) sugere que no seu significado maior, os hospitais modernos tenham que cumprir cinco funções na área da saúde: função preventiva, função de reabilitação, função restauradora, função de ensino e função de pesquisa.

De acordo com Miller (1997) uma definição mais apropriada seria aquela em que o hospital é uma instituição que provê leitos, refeições e cuidados constantes de enfermagem para seus pacientes, enquanto eles são submetidos à terapia nas mãos dos profissionais médicos. O objetivo destes serviços é o de restaurar a saúde dos pacientes. Os hospitais são organizações estruturadas e equipadas para atender doentes em diferentes níveis de complexidade.

Mckee (1999) argumenta - sob o ponto de vista gerencial - que, os hospitais são um componente importante do sistema de saúde e o centro do processo da reforma. No entanto, como instituição, recebem pouca atenção política e poucos no Brasil desenvolvem pesquisa. São importantes dentro do sistema de saúde pela prestação do serviço assistencial – sua atividade fim - e pelo consumo de uma parcela significativa do orçamento da saúde.

Outro aspecto é a sua posição no ápice do sistema de saúde significando que as políticas adotadas, determinantes do acesso aos serviços especializados, têm um impacto fundamental naqueles cuidados. O último aspecto, mas não menos importante prende-se ao fato dos especialistas que trabalham nos hospitais desempenharem a liderança profissional. Se os hospitais forem desorganizados ou mal gerenciados, entretanto, seu impacto potencial positivo será reduzido ou mesmo negativo. Além disso, o desenvolvimento tecnológico e farmacêutico demonstra que os hospitais podem efetivamente contribuir para a saúde da população. (Mckee, 1999)

Para Picchiai (2000) são sistemas abertos de grande complexidade e amplitude, logo se adaptam, aprendem e influenciam o meio ambiente, e por ele são influenciados. Marinho (2001) por sua vez tende a tratar os hospitais como denominado por Mintzberg (1994, 1996), isto é, organizações profissionais, nas quais para tudo funcionar depende da capacitação e do conhecimento de seus executores. Assim, os seus resultados não podem ser facilmente medidos ou padronizados.

Castelar (1995) *in* Calvo (2002) faz uma crítica importante a respeito da finalidade do hospital nos dias atuais. Diz aquele autor, que esta função está direcionada para uma maior resolução da doença, agilizando o diagnóstico e tratamento para reduzir a permanência de pacientes no hospital, já que à medida que ocorre uma grande evolução tecnológica e ao mesmo tempo os recursos humanos são treinados e reciclados, os custos desses recursos aumentam consideravelmente, tornando cada vez mais inviável, do ponto de vista financeiro, internações por períodos prolongados. Das atividades que executa, a internação é a única exclusiva do hospital, dado que consultas e exames de ambulatório podem ser realizados em outras unidades de saúde.

De acordo com Roy Porter (2004) o hospital de hoje está para a medicina como a catedral para a religião e o palácio para a monarquia. Os hospitais têm sido descritos como palácios do prestígio e poder médicos, comandados por membros da elite desta profissão e o desenvolvimento do trabalho (Mckee et al, 2002).

Segundo o Projeto de Terminologia da Saúde em seu Glossário sob a elaboração de Melo (2004) o Ministério da Saúde define os hospitais como estabelecimentos de saúde destinados a prestar serviço, em regime de internação.

Do ponto de vista prático do nosso dia a dia o hospital é um local destinado ao atendimento de doentes[5], para proporcionar o diagnóstico[6] e o tratamento[7]

[5] **Doença** (do latim dolencia = padecimento) é o estado resultante da consciência da perda da homeostasia de um organismo vivo, total ou parcial, estado este que pode cursar devido a infecções, inflamações, isquemias, modificações genéticas, sequelas de trauma, hemorragias,

necessário (Wikipedia, 2007). Assim, o foco principal de um hospital é tratar os pacientes que estão doentes, participando como um dos pilares da formação do sistema de saúde, além de poder ser também um importante órgão de ensino e pesquisa. Nesta linha de pensamento, Florence Nightingale demonstra toda sua preocupação com a questão assistencial do hospital e se antecipa aos conceitos da bioética – a não maleficência – quando dizia:

> "*Talvez pareça estranho enunciar, como primeiríssimo requisito de um hospital, o princípio de que ele não deve causar danos." (*Florence Nightingale *In:* Porter, R. p. 165)

O cuidado prestado ao paciente é na realidade o que define a característica de hospital ou instituição de saúde. Estes conceitos diferem entre vários hospitais e países (McKee, 2002). No Brasil estas características definem o tipo de cuidado prestado pela instituição de saúde. Pode ser de emergência ou eletiva. Pode ser ainda um atendimento primário (atendimento básico ambulatorial), secundário, terciário ou quaternário. Pode ser ainda de pacientes crônicos (reabilitação) ou agudos (emergência).

O nível primário é o primeiro contato com o sistema de saúde ou o primeiro nível de cuidado, ou o simples tratamento (OMS, 2000).

No nível secundário, concentram-se as maternidades, pronto-socorros, os hospitais distritais e o que no Brasil se conhece como policlínicas, casas de saúde ou centros médicos, em que se contempla um atendimento ambulatorial e de internação, clínico e cirúrgico, restrito, ou não, a uma especialidade (por exemplo, uma clínica de doenças respiratórias ou um centro de urgências pediátricas).

Hospitais terciários são definidos como aqueles que recebem pacientes referenciados de hospitais secundários. São hospitais que oferecem serviços de maior complexidade tecnológica e em grande parte são vinculados a uma

---

neoplasias ou disfunções orgânicas. Distingue-se da enfermidade, que é a alteração danosa do organismo. O dano patológico pode ser estrutural ou funcional. N.A.

[6] **Diagnóstico** em Medicina é o processo analítico de que se vale o especialista ao exame de uma doença ou de um quadro clínico, para chegar a uma conclusão. É também o nome dado à conclusão em si mesma. N.A.

[7] **Tratamento** em medicina é o conjunto de meios de qualquer tipo, cuja finalidade é a cura ou alívio de enfermidades ou sintomas. N.A.

Universidade. O conceito de terciário é baseado na premissa de que os conhecimentos dos especialistas e a tecnologia mais dispendiosa devem ficar concentrados em um único lugar. Kligerman (2000) define e classifica no nível terciário, os hospitais gerais como, por exemplo, os hospitais estaduais, os hospitais de clínicas (como os universitários) e os especializados no tratamento ou estudo de alguma doença (que se podem denominar centros, hospitais ou institutos). Um hospital terciário pode ter muitas especialidades que aplicam tecnologia avançada, como a neurocirurgia e cirurgia cardíaca. Detém características de ensino e pesquisa clínica.

Pela diversidade dos componentes do nível terciário, tem-se utilizado a denominação quaternário para os serviços mais complexos desse nível, como é o caso das unidades hospitalares do Instituto Nacional de Câncer, (Kligerman, 2000).

O ensino, a pesquisa e os cuidados do paciente são altamente interdependentes. O sistema de saúde não pode existir sem uma equipe treinada ou de conhecimento gerado pela própria pesquisa. O Ensino e a pesquisa também necessitam do cuidado de saúde como um padrão para o seu funcionamento e como uma fonte de material clínico. Os hospitais de ensino são um "*componente chave"* em qualquer sistema de saúde. Eles afetam diretamente a qualidade dos novos graduados, mas também de forma indireta afetam a abrangência do sistema de saúde. Ademais, o hospital pode ter um importante papel na geração de empregos e ter vários papéis na sociedade. As expectativas que acompanham cada um destes papéis têm implicações importantes para a organização hospitalar e sua relação com a abrangência do seu ambiente (Mckee, 2002).

Uma segunda dimensão de um cuidado hospitalar é a diferenciação entre cuidados eletivos e emergenciais. Neste ultimo caso, o hospital salva tão mais vidas na proporção direta em que os pacientes são estabilizados e encaminhados a estas unidades e se os cuidados iniciais - que em sua maioria ocorrem em vias públicas - forem adequados (Gleeson, 2000).

Quanto ao escopo, os hospitais são classificados em entidades com fins lucrativos e sem fins lucrativos. Nas empresas hospitalares de fins lucrativos, a eficiência administrativa é avaliada pela maximização da riqueza dos proprietários. A otimização de lucros visa remunerar o capital investido a uma taxa satisfatória. Poder-se-ia supor que as empresas hospitalares sem fins lucrativos não devem obter lucro. Não é neste sentido, todavia, que uma entidade se caracteriza como "sem finalidade lucrativa". Não lucrativo não significa que o hospital não possa obter lucro, mas sim, que nenhuma das partes dos lucros líquidos do hospital pode ser dirigida em benefício de qualquer cidadão.

Marinho (2001) em seu estudo para o IPEA comenta que de qualquer forma, a preferência social pelo setor não-lucrativo em saúde está explicitamente presente na legislação brasileira. A Constituição Federal de 1988, em seu Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, no Artigo 199, determina em seu caput.

> *" A assistência à saúde é livre à iniciativa privada".*
>
> *"§ 1º. "As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato público em convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos".*
>
> *§ 2º. "É vedada, expressamente, a distribuição de recursos públicos para auxílio ou subvenção às instituições privadas com fins lucrativos." (Brasil, 1995*)

Almeida (1987) referindo-se ao assunto, diz que:

> *"A diferença entre empresas hospitalares com fins lucrativos e sem esta finalidade reside no fato de que a performance da administração das primeiras é avaliada pela capacidade de remunerar a uma taxa ótima o capital investido, embora imbuídas do objetivo social inerente a todos os hospitais. Quanto à segundas,*

> *procuram manter os serviços dentro de padrões razoáveis na comunidade, sem a preocupação de remunerar o capital investido, mas desejando um crescimento satisfatório para a melhoria dos serviços e atender a demanda crescente da comunidade". Almeida (1987, p.51).*

A classificação em baixa, média e alta complexidade de ações é bastante discutida, não havendo ainda um critério objetivo de inclusão dos hospitais nessas categorias. Quanto à natureza administrativa, os hospitais são classificados como públicos ou privados. Os públicos são mantidos exclusivamente pelo Estado, em qualquer nível de Governo (federal, estadual ou municipal) e os privados são mantidos por recursos oriundos dos pagamentos feitos pelos seus clientes diretamente ou através de outras fontes provedoras, como seguradoras, cooperativas ou instituições filantrópicas. Alguns hospitais privados fazem contratos para disponibilizar uma parte de seus leitos para o Sistema Nacional de Saúde.

Zanon (2001) identifica o hospital em função do fluxo do paciente. As atividades são agrupadas em administrativas e médico-assistenciais. Tais atividades interagem no tratamento do paciente com vistas a otimizar sua saída do hospital.

A variedade de atividades denuncia a complexidade da estrutura hospitalar. O trabalho médico, por si só, já é complexo devido à diversidade de ações por ele desenvolvidas, a saber: consultas ambulatoriais, solicitação e avaliação de exames, realização de pequenos procedimentos ambulatoriais, internações, cirurgias e outros procedimentos afins.

Os hospitais atualmente são classificados de modo a facilitar as alocações de recursos e pacientes. Existem classificações estabelecidas de acordo com o porte, especificidade, complexidade de ações e natureza administrativa. Quanto ao porte, os hospitais são classificados pelo número de leitos existentes, em: a) pequeno – até 50 leitos; b) médio – 51 a 150 leitos; c) grande – 151 a 500 leitos; d) extra grande – acima de 500 leitos. Essa classificação, embora bastante

propagada, não incorpora aspectos relativos do porte, como área de abrangência do hospital, perfil epidemiológico da população atendida e número de outras unidades hospitalares na área (Calvo, 2001).

O nível de complexidade do programa deveria ser diretamente proporcional ao tamanho e ao grau de sofisticação tecnológica do empreendimento, embora nem sempre isto corresponda à verdade. Não há fórmulas para o dimensionamento da infra-estrutura. O desafio está em racionalizar um trabalho com tantos fatores aleatórios, para coordenar os sistemas médico, arquitetônico e técnico. Os parâmetros para a elaboração de projetos encontram-se na portaria 1884/94 do Ministério da Saúde, que reúne as Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde em vigor.

O hospital com as características observadas nos dias atuais, ou seja, uma organização como instrumento de intervenção terapêutica buscando a cura de doentes, é historicamente recente. Hoje, a onda de modernidade que predomina nos quatro cantos do mundo empurra a medicina para um salto qualitativo que exige muita criatividade, competência e flexibilidade. Controlar e reduzir custos, formatar uma estrutura organizacional capaz de prestar serviços de qualidade e ainda arquitetar a estrutura operacional, eis a receita básica para o sucesso de uma organização hospitalar.

Os hospitais estão mudando. Desde o início dos anos 80 muitos países têm observado a redução da capacidade e desvio dos cuidados para outros padrões alternativos (Saltman and Figueras 1997; Brownell *et al.* 1999; Pollock *et al.* 1999; Street and Haycock 1999). Os hospitais têm aumentado o foco no paciente agudo e de curta permanência, somente admitindo pessoas com condições de requerer relativo cuidado médico intensivo ou diagnóstico e tratamento sofisticados. Os hospitais devem se adaptar internamente para estas novas circunstâncias. As pessoas responsáveis para implementar as mudanças face às muitas incertezas sabem como proceder.

As organizações hospitalares possuem modelos de gestão complexos. Isto é reflexo não apenas da nobreza e amplitude da sua missão - recuperação da saúde de pessoas doentes - mas, sobretudo, por apresentar equipes

multidisciplinares com elevado grau de autonomia, para dar assistência à pacientes em regime de internação. A recuperação da saúde dessas pessoas exige uma abordagem integral, o que implica garantir, desde o consumo de todas as tecnologias disponíveis para prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resulte em conforto e segurança para as pessoas (Cecílio, 2002).

O hospital desempenha ainda, um papel fundamental nos sistemas de serviços de saúde, sendo geralmente pensado como um ponto de referência do sistema. A transformação do hospital ao longo dos anos, traz no seu âmago as transformações no sistema de saúde. Dentro desta perspectiva, o planejamento e a gestão destas unidades assumem um papel fundamental e aumenta o debate em torno de modelos gerenciais mais adequados às suas especificidades (Grabois, 2006).

Administrar um hospital está entre as tarefas mais complexas que se conhece. Os custos são crescentes e novas tecnologias, que em geral não significam a substituição da mão-de-obra devem ser agregadas a todo o momento. Isto inclui um conjunto de serviços de clínicas, hotel, restaurante, farmácia, lavanderia, laboratório e outros. A organização hospitalar envolve ainda um grande número de especialidades e especialistas, possui tecnologias que variam desde as mais simples (centrífugas) até as mais sofisticadas como o tomógrafo e a ressonância magnética e tem uma clientela ampla, que demanda serviços de diferentes complexidades e especialidades.

Por este, entre outros motivos, os hospitais públicos devem ser administrados como empresas. Não se trata de confundir gestão pública com lucro, mas sim administrar os recursos públicos da melhor maneira possível em benefício do usuário. Todos os hospitais têm que ser administrados como empresas. Não com a visão simples do lucro, mas para ter viabilidade econômica e poder reinvestir na qualidade do serviço prestado.

O tema vem sendo estudado e tratado exaustivamente pela literatura acadêmica, porém ainda há carência de análises mais profundas desse processo no contexto hospitalar devido à suas especificidades. Estudos teóricos de Bruton (1995) e Drain (1996) na área hospitalar demonstram que

havia uma grande dificuldade em implementar processos de mudança organizacional hospitalar, compatíveis com a competitividade do mercado, incluindo, entre outros, o processo de informatização e a adoção de novas técnicas de administração, como a gestão pela qualidade. Esta dificuldade é maior quando se relaciona esta prática com o serviço público de saúde. Nesse sentido, alguns estudos como o de Picchiai (1998), possibilitaram a identificação de aspectos internos e externos à organização que se colocam como limitadores e impulsionadores do processo de mudança.

1.2 - O ADMINISTRADOR HOSPITALAR

Os avanços tecnológicos são geométricos e os preços cobrados pelos hospitais brasileiros são cada vez mais altos. A tecnologia é um fator determinante para o aumento dos custos da saúde. No caso dos hospitais brasileiros, no entanto, há um outro problema crucial: a administração. Em entrevista à jornalista Cláudia Vassalo (1997), Jackson da Silva Fischer (da SBS, consultoria especializada em gestão) dizia que quando o assunto era administração, os hospitais estavam entre os setores mais atrasados.

Em 1998 de acordo com Oliveira *in* Abbas (2001), somente 1% dos hospitais brasileiros possuía administração profissional, o que significava dizer, administrador hospitalar graduado e que possuísse uma visão dinâmica e futurista. A maioria à época contava com uma direção administrativo-financeira ocupada por médicos que não possuíam preparo técnico para administrar uma empresa de tamanha complexidade administrativa.

Afirmava ainda Oliveira (1998), que os custos dos hospitais brasileiros eram muito mal elaborados. Aliás, poucas administrações hospitalares se preocupavam com os custos. A grande maioria vivia de aumentar sua tabela de preços, independentemente da análise real do seu custo hospitalar. Reynaldo André Brandt, presidente do hospital Albert Einstein, de São Paulo, em entrevista para Vassalo em 1997, confirmava esta teoria, pois dizia que conhecia os preços, mas não os custos do seu Hospital.

Picchiai cita no seu relatório de 1998 que, baseado em estudos teóricos e pesquisas de campo na área da saúde, havia, nas instituições hospitalares como um todo, uma grande dificuldade em desenvolver processos de mudança. Burmester e Richard (1995), estudiosos do tema, explicavam à época que uma das dificuldades da mudança em hospitais brasileiros decorria do imobilismo. O imobilismo significa não alterar o *"modus operandii"* para não criar novas demandas ou então permanecer quieto no seu canto como uma estratégia bem firmada de defesa do território.

A relação de poder é outra característica que pode dificultar o processo de mudanças. Isto pode estar relacionado com a atividade fim, cujo conhecimento técnico do médico, tradicionalmente na linha de frente, o coloca no topo da hierarquia, mesmo que em algumas situações de maneira informal, embora o organograma possa definir claramente uma outra ordem de poder. Etzioni (1984) diverge neste ponto, pois não encarava este duplo poder ou a autonomia dos médicos como problema e sim o arranjo organizacional possível e necessário para que as atividades assistenciais fossem realizadas no hospital.

Mintzberg (2003), ao analisar as organizações profissionais (por exemplo, hospitais e universidades) e o papel dos administradores nesse contexto, afirma que, comparativamente às organizações industriais, tais executivos possuem menos poder, pois não são totalmente capazes de controlar os profissionais diretamente, sendo o poder exercido apenas de forma indireta.

> *"O administrador profissional mantém o poder somente o tempo enquanto os profissionais percebem que ele ou ela estão servindo a seus interesses efetivamente".* (Mintzberg, 2003)

Nota-se que este debate traz a constatação que o gerenciamento das organizações hospitalares está se profissionalizando. Diante dessa realidade de gastos crescentes na área de saúde começa-se a procurar alternativas e conhecimento que permitam um maior controle de custos.

O primeiro curso de pós-graduação em administração hospitalar foi realizado em São Paulo em 1951 (Campos, 1976 *in* Estevez, 2005) e era direcionado ao público médico, o que acabou já naquela época a ampliar o campo de ação destes profissionais no ambiente hospitalar. Estas iniciativas coincidiram com a tendência do período pós-guerra de formar administradores para uma economia em franca expansão, que foi sedimentado com a criação, em 1954, da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas (EAESP/FGV).

Por sua vez, as escolas de medicina e de administração, localizadas nas grandes cidades brasileiras, influenciaram de forma positiva na modernização dos hospitais. Hoje, médicos e outros profissionais da área de saúde buscam nos cursos de administração hospitalar ou correlatos, como o "*Master Business Administration"* (MBA), os seus conhecimentos para aplicá-los de forma profissional e racional no gerenciamento destas unidades de saúde.

A formação do profissional médico em administração reforça o lado da estratégia, do planejamento e das relações humanas, embora algumas destas habilidades possam de algum modo ser incorporadas e apreendidas no cotidiano, pelo próprio profissional especializado (Pichiai, 1998). Assim, pode-se dizer que, paralelamente ao crescimento da complexidade tecnológica e dos custos implícitos nos tratamentos dela advindos, existe um crescimento do interesse pela obtenção do conhecimento gerencial. Isto implica na manutenção da qualidade do atendimento médico, associada ao gerenciamento profissional, direcionado por estratégias competitivas de mercado.

A área de saúde busca hoje na indústria e na engenharia de produção, exemplos de como otimizar o gerenciamento hospitalar através da melhoria dos seus processos e na utilização de ferramentas gerenciais. O processo de mudança exige do gestor uma visão horizontal da organização, conhecimentos generalistas e de liderança sobre as mais variadas áreas profissionais.

Infelizmente, a formação gerencial nem sempre adequada dos gestores (principalmente na saúde pública), contribui para a falta de visão destes hospitais como empresa. As ferramentas administrativas e financeiras são cada vez mais necessárias. Hoje já se fala em planejamento financeiro, fluxo de caixa e outras ferramentas simples, porém de grande utilidade para a administração do negócio (Abbas, 2001).

As organizações hospitalares, em particular as públicas, precisam de orientação bem formada que contribuam para o seu amadurecimento como empresas. Esta visão já era abordada em 1943 pelo Prof. Teóphilo de Almeida:

“Temos bons administradores de hospitais como sempre os tivemos, sem curso de organização hospitalar, produto do autodidatismo, que pela sua inteligência e pelo seu esforço, dedicação e trabalho honesto, procuram, seja como Diretor, seja como chefe ou gerente, conduzir, como podem, a administração dos nossos hospitais. Qualquer leigo de situação social serve para provedor e administrar o hospital. Cargo de confiança e não de especialização... Ainda não é uma profissão definida. Qualquer médico, mais ou menos ilustre, serve para Diretor de Hospital. Muda-se a administração superior, muda-se o Diretor...

...Falta-nos, em suma, o "hospital moderno", conhecido e difundido, que não é como alguns erradamente julgam o hospital rico, luxuoso, que só pode existir em país de milionários; falta-nos esse hospital moderno que, entretanto, pode ser simples e modesto, mas bem organizado e eficiente, e que mantém as mesmas finalidades da instituição nobre e humana, que sempre foi no passado e que guarda no respeito que deve a si mesma e na confiança do público, seja com o objetivo da caridade ou da filantropia, seja a serviço do doente afortunado ou do indigente, aquela mesma unção mística primitiva, procedente dos templos pagãos, redimida e aprimorada mais tarde pelo Cristianismo, que foi o precursor da assistência pública, oficial e, assim, da assistência médico-social, no seu conceito genérico.

Falta-nos essa orientação hospitalar uniforme, sistematizada, com base na administração econômica, visando cada instituição primacialmente dar um melhor agasalho e um mais adequado tratamento ao doente; sim ao "doente" que é ali a finalidade máxima, e não somente ao indigente, mas a todos os doentes de todas as classes sociais.

E para que se não ofenda o melindre nacional, (e no caso não há motivo para isto), e para atenuar essa declaração de público, cumpre informar, por notícia direta ou conhecimento

> *autorizado, que nenhum país da América Latina nos leva maior vantagem neste particular. Se alguns possuem edificações e instalações hospitalares excelentes, e nós também as temos, falta-lhes a organização e administração hospitalares convenientes, segundo conceito moderno, isto é, a padronização, a sistematização de tipos, e de normas de serviços; falta-lhe a especialização profissional necessária e acatada, a começar pela ditas funções especializadas de Diretor ou Administrador do Hospital"* [8]*.*
>
> *(Almeida, p. 69,1965)*

Smith (1955) pioneiramente já ratificava este duo de gerências intra-hospitalares, pois o problema central do hospital a seu ver derivaria do confronto entre a autoridade administrativa burocrática e dos médicos cuja autoridade derivava dos conhecimentos técnicos e dos "poderes especiais" de cura que lhes são atribuídos. Este momento já detinha especial importância para Perrow (1965), pelo fato destes esforços na busca de maior eficiência na administração, criar a figura do administrador dentro da organização hospitalar e de certa forma adicionar mais um elemento a desestabilizar a estrutura de poder intra-hospitalar já constituída nestas organizações.

Dez anos depois, em 1965, o mesmo Smith levantava uma questão conflitiva entre administrador e médico. Se considerarmos que os médicos estão preocupados principalmente com a assistência e a prestação de serviços, de acordo com as necessidades de cada caso independentemente dos custos, e se considerarmos que o administrador pensa basicamente no equilíbrio financeiro da organização e com os custos finais do paciente, estaremos acrescentando o ingrediente da tensão entre dois sistemas de valores. Estaremos criando, deste modo, um conflito de objetivos, isto é, o dilema do dinheiro versus serviços.

Como que antevendo estes dilemas, Coe (1965) sugere que havia necessidade de se estabelecer um sistema de controle de atividades assistenciais

---

[8] Aula inaugural do *Primeiro Curso de Organização e Administração Hospitalar* realizado em 1943, pelo Dr. Theóphilo de Almeida, Diretor da Divisão de Organização Hospitalar e Professor do Curso, reproduzida no livro Evolução dos Hospitais do MS em 1965.

sob a responsabilidade da administração do hospital, buscando preencher um sistema de auto-regulação médica e não simplesmente como uma ferramenta burocrática.

Ainda segundo Coe (1970), provavelmente este debate insere os primeiros dilemas da medicina moderna em relação à racionalização dos custos intra-hospitalares, onde de um lado está o administrador, que estabelece os procedimentos de contabilidade, pretendendo reduzir ao máximo os gastos com pacientes que não têm condições de efetuar o pagamento das contas e esperavam às regras formais. Na outra ponta, encontra-se o pessoal médico, que realiza procedimentos e que julga os serviços pelos resultados clínicos alcançados e não pelos seus custos.

Aquela realidade dos tempos do professor Almeida, embora tenha diminuído progressivamente nos últimos anos, ainda perdura em boa parte dos nossos hospitais. Contudo, de acordo com Tognon (1999), percebe-se que a era do empirismo na gestão hospitalar está com seus dias contados. As ferramentas administrativas e financeiras são cada vez mais necessárias. Há de se buscar, seja no planejamento financeiro, seja no administrativo, a ferramenta gerencial que será de maior utilidade para a administração pública ou privada.

Este novo paradigma tende a exigir informações mais relevantes relacionadas aos custos das atividades, processos, produtos e pacientes. Essas modificações passam a exigir maiores gastos com treinamento, desenvolvimento tecnológico, engenharia, marketing e melhoria na qualidade da prestação de serviços aos pacientes.

Muda-se o conceito da administração hospitalar, muda-se o modo de gerenciar. Os gestores estão mais receptivos às transformações. As percepções a respeito dos processos de mudança estratégica em um hospital são muito variadas, o que é altamente explicável e compreensível, devido à sua complexidade. Mas, por outro lado, sabemos que a mudança hoje se reveste de uma importância muito grande para as organizações (Katz, 1970), até como meio de sua própria sobrevivência e sustentabilidade em um cenário futuro, fato este que os hospitais e seus dirigentes estão encontrando dificuldade em gerenciar.

Algumas orientações são importantes no que elas dizem respeito aos termos administração, organização e gerência. Braga Neto (1991) explica que organização e administração são palavras de uso corrente no mundo atual, mas de difícil definição para cada uma delas. Observa-se na evolução gerencial uma série de definições para estes termos na maioria das vezes parciais e contraditórias. A dificuldade pode refletir a complexidade envolta nestes três vocábulos.

Aquele autor inclui sob o termo organização, entidades, partidos políticos, hospitais e outros estabelecimentos. Assim, a forma mais comumente empregada para se definir organização vem a ser a identificação dos traços comuns presentes em todos os tipos de organização. Algumas das características das organizações mostram que elas compreendem organizações sociais, internamente articuladas, corpo de membros definido e diferenciação interna das funções. Outro aspecto é estarem orientadas conscientemente para a consecução de fins com objetivos e metas específicas.

Daft (2001) adaptando um modelo de Morgan (1998) *in* Braga Neto (1991) traduz as organizações de uma forma metafórica através de cinco dimensões sugerindo as organizações como máquinas, cérebros, culturas específicas, prisões psíquicas e instrumentos de dominação[9].

O importante, no entanto, é ressaltar que, se observa de uma forma geral a tendência entre diversos autores em definir as organizações com duas dimensões essenciais. A primeira, através de um prisma técnico definindo a organização como um sistema racionalmente estruturado com objetivos específicos. A outra está relacionada à compreensão da organização como um sistema social, que interage com o ambiente e integrado com a obtenção da cooperação dos

[9] Refere-se a organizações como máquinas através de um conjunto de partes articuladas que produzem produtos com precisão; como cérebros correspondendo a uma visão holográfica da organização onde as partes contêm o todo, incluindo ainda a inteligência, a criatividade e o processamento de informações nas organizações. Como culturas específicas, pela importância das normas, valores, tradições, ou seja, a cultura organizacional para se compreender o desempenho da organização; como prisões psíquicas através da organização como resultado de um processo mental inconsciente; como instrumentos de dominação representando a compreensão de alguns processos conflitivos vividos no interior destas organizações. (Daft, 2001)

diferentes grupos e indivíduos da organização, em um cenário de conflitos de valores onde predominam o jogo do poder e as decisões políticas orientadas.

Perrow (1965) dizia que o interesse pelo estudo de uma organização hospitalar tinha motivação na natureza peculiar destas instituições, que configuram um modelo mais profissional que burocrático, ao possibilitar a compreensão de certos processos sociais, inclusive para se repensar modelos futuros de gestão.

Ao mesmo tempo, o interesse teórico advém dos anos 60, onde o sistema de assistência médico-hospitalar adquiriu sua maior parcela da literatura disponível sobre o assunto. Naquela época, as atividades hospitalares já representavam a quarta maior atividade econômica do país e os seus custos começavam a preocupar. (Roemer, 1963).

Também nesta época os serviços de saúde representados pelos hospitais aumentavam sua complexidade, com a incorporação de novas tecnologias como os transplantes cardíacos, alterando o financiamento da assistência médica e recriando os padrões de utilização hospitalar, tornando suas relações internas instáveis.

Segundo Rosen (1980), a partir desse momento, o hospital necessitava de uma divisão organizacional de trabalho mais explícita e uma gestão mais eficiente e responsável. Refere ainda aquele autor, que o desenvolvimento do hospital tornou a prática médica uma vigilância contínua, não somente por intermédio dos seus pares, mas também por outros profissionais cuja organização em larga escala acrescenta problemas de ordem administrativa e de responsabilidade de todo o pessoal, inclusive dos próprios médicos.

Assim, pode-se entender a burocratização hospitalar como uma forma de organização institucional, com a necessidade de introdução de instrumentos de gestão como criação de centros de custos, descrição de atividades profissionais e medidas de controle de qualidade.

O hospital é uma organização altamente complexa, quer pela diversidade de atividades lá desenvolvidas, quer pela simultaneidade de objetivos

perseguidos e ainda pelos conhecimentos especializados e habilidades específicas exigidas para o seu funcionamento. Entretanto, percebe-se pelo exposto, que há um sentimento entre os diversos autores citados, de que o profissional médico rejeita conscientemente ou não, os princípios da administração. De acordo com este pensamento, a ação dos administradores dependeria diretamente das circunstâncias ou do ambiente.

Este pensamento levou Chiavenato a depreender que não havia uma fórmula única para alcançar a eficiência e a eficácia organizacional, independente de metas e objetivos específicos institucionais. Segundo ele, não haveria uma melhor maneira de administrar ou organizar uma instituição hospitalar.

Contudo, a tensão entre os administradores hospitalares e os profissionais médicos decorre da evolução da própria medicina. A evolução da tecnologia possibilita um maior conhecimento científico e subseqüente ampliação da prática médica, com possibilidade da melhora da qualidade da assistência prestada.

Os dilemas assistenciais são observados ao se tentar definir a atividade gerencial. Obviamente, a gerência tem a ver com a condução da organização de acordo com normas, objetivos e metas pré-estabelecidas e Motta (1991) faz a comparação de um cargo gerencial ao de técnico de futebol, onde os resultados obtidos (as vitórias ou derrotas) estão diretamente relacionados à manutenção ou não do cargo.

Assim, o autor define gerência como:

> *"... a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante"* (1991, p.26).

Outro ponto a ser abordado é a distinção entre os termos gestão, gerência e administração. De acordo com Motta (1991) na Inglaterra e países de língua francesa há uma distinção entre os termos "*management*" traduzido para o português como gerência e *"administration"* traduzido como administração, onde

geralmente a primeira para o setor privado e a segunda para o setor público. Ao mesmo tempo, esta massificação em torno do tema gestão e administração, vem gerando a preocupação de que a questão gerencial possa se tornar mais importante que a questão técnica.

Hoje, tanto os hospitais privados, quanto os públicos estão passando por um processo de transformação no modelo de gestão e organização da produção de bens e serviços em saúde, na direção de um padrão empresarial. Mesmo nos casos em que o objetivo do lucro não se coloca como finalidade primordial, existe a busca por metas alternativas de desempenho como produção e qualidade de atendimento (Gadelha, 2003). Todavia, Kopf (2005) frisa que nas organizações de saúde, o que se pretende é investir em condições que possam contribuir para ampliar o predomínio da vida sobre o sistema.

Síntese do Capítulo 1

Neste primeiro capítulo são discutidos aspectos relacionados à evolução dos hospitais e a profissionalização do administrador e da gestão hospitalar.

O surgimento dos hospitais na Idade Média está relacionado com o caráter religioso e assistencialista de segregação dos pobres. No Brasil, a assistência médico-hospitalar coincidiu com o período colonial no século XVIII e, os primeiros hospitais surgiram a partir de duas grandes instituições: a Igreja e o Exército. A Igreja implantou instituições religiosas de cuidados aos doentes ligadas à Igreja Católica como as Santas Casas de Misericórdia, baseadas em hospitais de modelo europeu. Por sua vez, o Exército passou em 1727 a dispor do primeiro serviço hospitalar militar do Rio de Janeiro, no Morro de São Bento, que daria origem ao Hospital Real Militar. Da mesma forma que o modelo europeu, as atividades dos hospitais eram executadas por pessoas interessadas em praticar boas ações, de cunho caritativo e religioso, servindo, ao final, como instituições saneadoras da sociedade, muito além da função terapêutica que se conhece hoje (Machado, 1978).

No início do século XX, a incorporação dos aparelhos de Raios X ao ambiente hospitalar transformou definitivamente o hospital (estabelecimentos de saúde destinados a prestar serviço em regime de internação, de acordo com o MS), em instituição com finalidade diagnóstica e terapêutica. Com a lacuna deixada pelo Estado a partir da década de 30, as instituições privadas de saúde passaram a ocupar este espaço principalmente na década de 50, fato que se exacerba a partir do golpe militar de 64.

Com a chegada dos anos 80 o foco na assistência muda progressivamente para os pacientes agudos. Paralelamente há um aumento progressivo da complexidade da gestão hospitalar e a necessidade da profissionalização da gestão a partir desse momento, o hospital necessitava de uma divisão organizacional de trabalho mais explícita e uma gestão mais eficiente e responsável.

. Em 1998, somente 1% dos hospitais no Brasil possuía um administrador profissional. Assim, a partir dessa época, a área de saúde busca formas de otimizar a gestão e há uma mobilização por parte da categoria médica de profissionalizar a gestão o que os deixa mais receptivos às mudanças. Depreende-se então, a burocratização hospitalar como uma forma de organização institucional, com a necessidade de introdução de instrumentos de gestão como criação de centros de custos, descrição de atividades profissionais e medidas de controle de qualidade.

Conclui-se que não há uma fórmula única para alcançar a eficiência e eficácia organizacionais em uma gestão, independente de metas e objetivos, mas percebe-se que para obterem esta eficiência, as instituições públicas devem ser administradas com a agilidade de empresas privadas .

CAPÍTULO 2 - GESTÃO HOSPITALAR

“O difícil não é implementar novas idéias na cabeça das pessoas,
mas sim retirar as idéias antigas”.
Mary Lippitt

2.1 A GESTÃO

O processo de mudança organizacional em algumas empresas de negócios já vem sendo tratado exaustivamente pela literatura acadêmica (Lobos, 1979) e Luke (1999). Porém, ainda há carência de análises mais profundas desse processo no contexto hospitalar, dada as suas especificidades. Estudos teóricos nesta área (Drain, 1996 e Bruton, 1995) demonstraram que há uma grande dificuldade em desenvolver processos de mudança organizacional compatíveis com a atual competitividade do mercado, incluindo, entre outros, o processo de informatização e a adoção de novas técnicas de administração, como a gestão pela qualidade total e o uso de novas ferramentas gerenciais como o "*Balanced Scorecard"* (BSC).

Estas mudanças, por sua vez, associadas às regras de governabilidade, definem como se dá o acesso aos recursos críticos da organização pelos seus vários níveis hierárquicos (Matus, 1993). Segundo essa regra, as organizações seriam mais ou menos centralizadas[10], dependendo da possibilidade que cada nível hierárquico tenha para definir os seus problemas de alto valor e do acesso aos recursos críticos para enfrentá-los.

É sabido que a reversão desse quadro não se dará por soluções parciais, ou apenas com a aplicação de novos recursos. De acordo com Barbosa (1995), a exclusiva injeção de recursos redundará quase sempre em maiores desperdícios, caso não sejam acompanhados de novas práticas, forçosamente amparadas em bases de responsabilidade social e profissionalismo renovado.

O mesmo autor ainda comenta que este último aspecto refere-se a todos os profissionais, não apenas aos dirigentes, o que implica em uma imperiosa necessidade de transformação da cultura que hoje impregna tais organizações, expressa de maneira geral por práticas profissionais de limitado compromisso com a razão de ser dessas organizações.

---

[10] Quando todo o poder para a tomada de decisão situa-se em um único ponto da organização, isto é, nas mãos de uma única pessoa, diz-se que é uma estrutura centralizada. Na extensão em que o poder está disperso entre muitas pessoas, sugere-se que a estrutura é descentralizada. (Mintzberg, 2003)

Em razão desta necessidade de transformação das práticas profissionais, algumas tentativas vêm sendo implementadas na área da saúde no sentido de buscar modelos de gerência alternativos aos modelos tradicionais de administração, nos quais a qualidade dos serviços prestados, a manutenção da organização e a satisfação dos trabalhadores devem ser garantidas.

Por sua vez, as instituições prestadoras de serviços de saúde, em especial os hospitais, foram tradicionalmente organizadas à luz das teorias administrativas clássicas, o que pode ser constatado nas estruturas extremamente rigorosas, com vários níveis hierárquicos, centralização do poder e limitada autonomia e responsabilidade dos níveis intermediários / gerenciais e operacionais. Some-se a essa situação, a atribuição da administração central da instituição a profissionais que muitas vezes não têm o conhecimento necessário e nem a preparação adequada para o exercício do cargo, mas são indicados por sua representação social e política.

Uma nova gestão adequada às características particulares dos serviços públicos de saúde tem sido objeto de preocupação de autores como Rivera (1991; 1995a; 1995b; 1995c; 1996), Rivera & Artmann (1999); Dussault (1992); Junqueira & Inojosa (1992); Cecílio (1993) e Campos (1997). Estes autores enfatizam a necessidade de investir esforços em abordagens gerenciais descentralizadoras, que apostem em mecanismos que favoreçam a participação dos trabalhadores, o compartilhamento decisório e a formação de consensos, a cooperação interdisciplinar e a responsabilização crescente com os objetivos organizacionais.

Braga Neto, em 1991 já sinalizava com determinados pontos que ilustravam as dificuldades gerenciais no Serviço Público, entre os quais a centralização das tomadas de decisão, a falta de transparência na alocação dos recursos, a inexistência de mecanismos de controle social, a despreocupação com o atendimento das necessidades da clientela.

Da mesma forma, Cecílio (2004) nos remete à suposição de que a forma de administração tradicional do hospital acaba sendo pouco efetiva não só para enfrentar, mas até para problematizar estas questões. Ao mesmo tempo, sugere

alguns pontos críticos que dificultam estas mudanças e entre eles citamos as três que nos pareceram mais cruciais:

- Comandos verticais dos vários grupos multiprofissionais. O que se vê são coordenações ou chefias determinando o plano estratégico sem envolvimento, na maioria das vezes, de toda a equipe interdisciplinar. A conseqüência é a perda do envolvimento do grupo com o processo e o não comprometimento na gestão.
- Modelo de “chefia” predominando sobre concepção de “gerência”. Em um modelo moderno de gestão, a chefia (gerência) se faz através da liderança e não através do autoritarismo. É melhor você trazer o funcionário para participar da equipe e conscientizá-lo de sua importância na engrenagem da empresa, do que simplesmente emitir ordens e boletins que não são cumpridos ou não traduzem necessariamente as reais necessidades da empresa.
- Ausência de mecanismos institucionais de avaliação. Se não se mede não se gerencia. Em um modelo adequado de gestão é importante se determinar as metas e os objetivos alinhados com as diretrizes institucionais. Para saber se estes objetivos estão sendo alcançados, há necessidade da criação de indicadores para o acompanhamento e mensuração dos resultados. Nesta perspectiva é importante a adoção de uma ferramenta gerencial para fundamentar as decisões.

Por outro lado, Braga Neto (1991), ressalta que não se deve somente culpar as condições administrativas pelos problemas do setor público. A ineficiência e a fraqueza institucional das organizações de saúde podem ter suas causas na desatualização administrativa ou na falta de habilidades gerenciais. Coexistem problemas administrativos, associados aos problemas políticos, financeiros e culturais. Portanto, não se pode ser tomar proposições de mudanças gerenciais nestas organizações como se fossem soluções mágicas capazes de resolver tudo.

Uma das características críticas destas administrações seria a ausência de objetivos claramente definidos a orientar a ação gerencial. Isto torna as organizações hospitalares movidas por ações pontuais (Malik e Vercina, 1991).

Além disso, como conseqüência da falta de uma referência para a condução da organização, ocorre substituição de objetivos. Neste caso, a organização tende a instituir a sobrevivência como sua missão principal.

Como sugestões, duas recomendações são apontadas. A primeira está relacionada à profissionalização dos gerentes (Motta, 1990a) e reforça apenas o debate já iniciado acima. Este autor refere que não há mais lugar para amadorismos nas administrações, pois o crescimento, desenvolvimento e complexidade alcançados pelos sistemas e instituições de saúde já não comportam decisões fundamentadas apenas no bom senso e experiências passadas. Torna-se necessário desenvolver soluções para antigos e novos problemas.

Conceitos como aqueles em que pessoas de bom senso e habilidade no manejo da autoridade são capazes de tomar boas decisões em seu campo profissional estão caindo por terra. Enfatiza-se, com este pensamento, a importância da capacitação profissional gerencial como estratégia para a formação destes novos quadros. Hoje já se discute a adoção de medidas limitadoras ou mesmo pré-requisitos para o preenchimento dos cargos gerenciais, dificultando assim o acesso daqueles indivíduos sem qualquer formação prévia em administração em saúde.

A outra linha de proposições envolve a descentralização anteriormente citada por Cecílio (2004). Um dos aspectos que tem chamado a atenção das novas discussões sobre a gestão hospitalar e a das organizações de uma forma geral é a necessidade de descentralização nas tomadas de decisão. Autores como Mintzberg (2003) mencionam que uma das formas de uma organização funcionar com maior ou menor eficiência, seria a descentralização do poder decisório, tornando-as de maior autonomia de gestão e agilidade administrativa.

Em outras palavras, não basta ao gestor ter interesse e capacidade para tomar decisões, é indispensável que ele tenha autoridade para decidir. Neste sentido, a responsabilidade dos gerentes locais pelo desempenho de suas organizações só pode ser cobrada se lhes fosse delegado o poder de controle

sobre os meios (recursos humanos, materiais e financeiros) necessários à consecução dos objetivos organizacionais.

Partindo-se do princípio que capacitação gerencial e a descentralização de poder decisório são medidas primárias para a transformação de práticas gerenciais e, por conseguinte, do próprio desempenho dos serviços de saúde, surge outra questão: não seria o caso de se pensar nos modelos atuais de gestão interna voltadas para uma administração eficiente e eficaz? (Griffith, 2006)

O que leva uma instituição a centralizar ou descentralizar sua estrutura? Mintzberg (2003) discute bastante esta questão, argumentando prós e contras de ambas. Inicialmente, este autor esclarece que a centralização é o meio mais seguro de coordenar a tomada de decisão em uma organização. Todas as decisões são tomadas a partir de uma pessoa e depois implementadas mediante uma ação sob supervisão direta.

Porque então descentralizar? O mesmo Mintzberg responde a esta interrogação dizendo que simplesmente nem todas as decisões podem ser entendidas em um único centro ou cérebro. Disto depreende-se que por vezes a informação pode ser transmitida a um centro, mas pode não ser compreendida. Como pode o diretor de um hospital compreender ou conhecer todos os fluxos e processos de sua organização? Mesmo que tenha todos os impressos a respeito destes processos e fluxogramas, faltaria tempo para estudá-los e decorá-los se não os está vivenciando efetivamente no dia-a-dia. Assim, Mintzberg (2003) reforça a idéia de que a descentralização permite a organização responder rapidamente às condições locais. Isto significa dizer que ter as pessoas com poder decisório nos lugares onde ocorrem os eventos proporciona melhores serviços e resultados.

Outra razão apontada por Mintzberg para desenvolver a descentralização é que ela constitui um estímulo para a motivação. As instituições podem manter funcionários criativos e inteligentes por mais tempo, a partir do momento que lhes é delegada a possibilidade de tomar decisões. Motivar através da delegação de poder e permitir a iniciativa é muito importante para a organização.

Aquele autor finaliza esta discussão entre centralização e descentralização definindo-as como:

> *"... a centralização e a descentralização não devem ser tratadas como absolutas, mas ao contrário, como os extremos de um "continuum".*
> *... grande parte da confusão parece decorrer da presença de vários conceitos diferentes, disputando para ser reconhecidos sob o mesmo rótulo." (Mintzberg, p. 116,2004)*

2.2 - OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO

Por modelo de gestão entendemos uma forma sistemática e racional para a tomada de decisões próprias da organização. O modelo de gestão estabelece uma ordem de prioridades e cria contextos próprios de decisões particulares, isto é, a seqüência ordenada e racional nas quais as decisões devem ser discutidas e resolvidas. Sempre há um modelo de gestão. Toda organização possui um modelo de gestão. Pode ser mais ou menos explícito, mais ou menos racional, suas prioridades podem ser ou não transparentes, mas sempre existe um modelo de gestão (Tobar, 2000).

Por definição, o conceito de "modelo de gestão" de acordo com Tobar (2000) pode ser descrito como "uma unidade mínima que contém os elementos da identidade da organização". Este conceito expressa um estilo de gerência, hierarquias, diretrizes, a missão[11] e a visão[12].

As diretrizes definem a missão, os objetivos e as funções de uma macro-organização e relacionam-se com o uso do tempo e o foco de atenção do

---

[11] A missão define o que é a instituição hoje, seu propósito e como pretende atuar no seu dia-a-dia. Cria um clima de comprometimento da equipe de colaboradores com o trabalho que a organização realiza. A missão define a razão de ser da organização - *"Por que existe?"* – o seu mercado alvo - *"Para quem existe?"* – o seu negócio - *"O que faz?" e* Algumas condições de desempenho essenciais - *"Como faz?".* N.A.

[12] A visão de uma instituição define o que ela pretende ser no futuro. Ela incorpora as ambições da organização e descreve o quadro futuro que a instituição quer atingir. A visão identifica as aspirações da organização, criando um clima de envolvimento e comprometimento com o seu futuro. N.A.

dirigente. Já as regras departamentais materializam as funções em dada estrutura organizacional, integrada por unidades de produção intermediárias e finalísticas.

Um dos principais componentes do modelo de gestão constitui a modalidade de tomada de decisões da organização. Definir um modelo de gestão implica definir suas diretrizes, quais são as principais decisões que se tomam em uma instituição, como são tomadas, quem e quando as toma.

As atuais exigências acima apontadas relacionam-se justamente à discussão de uma nova forma de gestão que acompanhe a reestruturação do setor saúde. Alguns autores como Cremadez e Grateau, (1997) *in* Artmann (2002) aventam a possibilidade do universo médico estar vivenciando sua revolução industrial. Um progresso técnico e científico que exigiria crescente especialização e concentração de atividades. A rapidez das mudanças aumentaria o divórcio entre as características do exercício da medicina e a estrutura administrativa. Haveria uma oposição entre as gerações de profissionais e uma espiral burocrática na tentativa de padronizar as práticas.

Artmann (2002) defende que, em sua interação com o ambiente, o médico deve considerar o indivíduo. A mudança do paradigma profissional resulta da inovação tecnológica. A experiência não aparece mais como a base essencial da competência profissional, embora permaneça como um elemento indispensável à competência clínica. O aparecimento, porém, de novas abordagens diagnósticas e a contribuição crescente de diversas disciplinas fundamentais conduzem à obsolescência mais rápida dos conhecimentos e das práticas, levando a uma natural necessidade de atualização permanente, especialização crescente e regressão da autonomia dos especialistas.

A maior incorporação tecnológica impacta, não só o paradigma da medicina, mas questiona a hierarquia e o modo de reconhecimento da competência profissional. A experiência deixa de ser sinônimo de competência e isto tem reflexos sobre o modo de gestão das organizações, influenciando desde a política de recursos humanos até o rompimento do contrato psicológico dos profissionais com a organização.

Um modelo de gestão a ser comentado é a *Démarche Stratégique* - modelo de gestão hospitalar francês - estudada por Elizabeth Artmann, que participou de uma equipe de consultoria que aplicou a experiência do enfoque de gestão hospitalar francês, adaptado ao contexto brasileiro, incluindo os Hospitais Lourenço Jorge, Cardoso Fontes e Raphael de Paula Souza, e ao Hospital da Lagoa.

A *Dérmarche Stratégique* é um método desenhado para o setor público com uma adaptação de um enfoque empresarial, que propõe a definição de estratégias combinadas de custo e diferenciação, relativas aos vários segmentos de produção de um hospital. É considerado como um instrumento essencialmente comunicativo, participativo e exigente em estratégias de negociações internas e externas às instituições. Dá subsídios para o desenho da missão hospitalar, construção de estratégias, formulação de projetos, responsabilização, uso racional de recursos e pactuação/comprometimento do hospital em relação a sua inserção em uma rede coordenada de serviços de saúde.

De acordo com Artmann (2002) o termo *démarche* significa processo, trâmite, gestão, e pode ser traduzida como gestão estratégica devido à utilização francesa, *démarche stratégique.* O modelo se estrutura a partir de várias fontes e, embora englobe enfoques de planejamento ou de gestão estratégica - elementos da micro-economia, do campo da estratégia e da política, e da área do desenvolvimento organizacional e cultural - introduz algumas categorias próprias da área de saúde e da epidemiologia, reconhecendo também a especificidade do setor público de saúde na França.

De acordo com aquela autora, as organizações de saúde tendem a um padrão de características onde sobressaem critérios de racionalidade econômica da missão, a concepção do ambiente externo como recurso e uma maior integração intra-institucional. Entretanto, algumas características nestas organizações adotadas como referência, dificultavam a possibilidade de um projeto gerencial que enfatizasse a integração intra-institucional, a racionalidade econômica da missão específica e a negociação de uma rede de cuidados com os outros estabelecimentos da ambiência imediata. Assim, *démarche* foi

desenvolvida com o intuito de promover um tipo de movimento cultural que contrabalançasse essas tendências. (Artmann, 1996; Rivera, 1997).

A *Démarche Stratégique* conforme descrito por *Cremadez e Grateau (l992) in* Artmann (2002), se propõe a definir, racionalmente, a missão de um hospital, situando-o na perspectiva ideal de uma rede coordenada de serviços de saúde. Partindo-se desta premissa, a organização hospitalar é entendida como uma organização pró-ativa, centrada sobre o exterior, que assume o ambiente como recurso e não como restrição. Isto significa que a definição da missão terá que ser negociada com o ambiente externo institucional, incluindo os outros hospitais da área à que pertence. Assim, enfatiza-se a capacidade da organização de se tornar pró-ativa e atuar de uma forma dinâmica sobre o ambiente.

Em seu trabalho de 1997, Rivera explica que a *Démarche Stratégique* tem como principais objetivos promover um elo de ligação entre a gerência estratégica e os centros assistenciais, através da comunicação; definir a missão do hospital de acordo com o critério de oportunidade, o qual equivale a determinar exclusivamente um padrão de atividades que lhe permita vantagens comparativas; ensejar um lugar de comunicação, onde os atores-serviços possam chegar a definir um projeto coletivo; favorecer a integração do hospital em uma rede de oferta de cuidados estruturada com a preocupação da eficácia e da eficiência; promover um processo de transformação cultural progressiva, não necessariamente preso à busca de objetivos instrumentais, imediatos.

Partindo-se destas premissas, depreende-se que os resultados da *démarche* são medidos ao longo do tempo, em um processo progressivo, interativo, sempre exploratório, capaz de impactos culturais decisivos. Isto não é uma tarefa fácil, assimilável à condição de uma gestão racionalizadora ou estabilizadora, de efeitos imediatos. Trata-se da construção da colaboração.

Este modelo de gestão francês parte de um diagnóstico amplo, administrativo e epidemiológico da área/município onde o hospital encontra-se inserido, antes de voltar-se para a análise do existente.

Neste primeiro olhar para o ambiente da organização já se expressa o projeto institucional a partir dos olhares dos diferentes atores envolvidos e de pontos de vista de diferentes disciplinas ou dimensões da realidade de saúde. Portanto, de acordo com Artmann (2002):

> *“ ... podemos afirmar que, a démarche é, desde seu primeiro passo, um enfoque interdisciplinar, situacional e comunicativo na medida em que os dados 'objetivos' coletados transformam-se em informação dinâmica e são tratados no plano social/normativo de uma política institucional mais ampla, de uma ética, de preferência em favor da vida, e vão sendo confrontados com a 'subjetividade' pertinente aos diversos atores participantes da experiência (p 137, 2002).*

Da perspectiva político-organizacional, o enfoque se opõe a uma definição normativa de diretrizes, apostando na responsabilização dos atores, implicando no desenvolvimento de processos de negociação internos e externos (ao hospital), que redundem em acordos relativos aos projetos assistenciais pertinentes a uma rede.

A *démache* pode apresentar aplicabilidade no Sistema Único de Saúde, cujos alicerces estão na descentralização das ações e na organização de redes de atenção à saúde. O enfoque potencializa a oportunidade de otimização de recursos, melhoria do acesso e da eqüidade, se utilizado pelos gestores locais. Outra faceta do enfoque é o estímulo à participação e co-responsabilidade na construção de projetos de caráter mais institucionais e menos setoriais e em um processo de planejamento, mais participativo e compartilhado.

Como todo modelo ou instrumento de gestão é prioritário o engajamento da alta administração ou dos gestores, e o êxito na aplicação do método requerem sistemas de comunicação e de acompanhamento muito bem estruturados. A otimização de competências distintivas e o modelo baseado nos custos de oportunidades podem ser utilizados como um mecanismo de controle e gestão de tecnologias, compreendendo esta, desde a fase de estudo para incorporação até a fase de descontinuidade da tecnologia. Permite aceitar a

importância do abandono de tecnologias ou de equipamentos, quando estes não constituem competências distintivas de um serviço ou instituição, ou criar valor às atividades prioritárias, sem acréscimo nos custos.

Como visto anteriormente, o rompimento de certos paradigmas tradicionais relativos à concepção da Medicina e do desenvolvimento do profissional levaria a uma crise da identidade organizacional do hospital. Pode-se citar entre estas mudanças de paradigma a maior perspectiva de trabalho em equipe e uma maior flexibilidade organizacional, no que diz respeito à alocação de recursos humanos. Contudo, uma das mudanças mais importantes de paradigma, aguardada com ansiedade no serviço público, é a incorporação progressiva dos valores da competitividade e da contratualização interna por parte do hospital público.

Este enfoque de gestão estratégica apóia-se em uma evolução cultural necessária, provocando impactos sobre a identidade organizacional de variadas formas entre elas a de desenvolver uma visão totalizadora da organização baseada em parcerias. Além disso, propõe uma estratégia de conjunto, que implica na fixação de prioridades claras e que não seja uma mera justaposição de objetivos individuais.

Segundo Guimarães (2004), todas essas correntes do pensamento administrativo deixaram sua contribuição na organização das empresas modernas, inicialmente através da incorporação da racionalidade nas empresas e, gradativamente, da adaptação ao contexto social e da evolução e incorporação tecnológica. Algumas características na estrutura das instituições nos remetem à forma complexa de organização, tais como os vários níveis hierárquicos, concentração de poder e autonomia para tomada de decisão restrita aos que ocupam os cargos de chefia e direção.

A valorização do contexto social na definição do negócio da empresa, a flexibilização nos processos gerenciais, a mudança no processo de trabalho, a partir da incorporação tecnológica e a participação do cliente/consumidor na definição do produto final, também podem ser citadas. Por sua vez, as transformações sócio-econômicas e políticas ocorridas nas últimas décadas e sua influência na organização da sociedade e nas empresas, fazem emergir a

necessidade de inovação dos modelos gerenciais que propiciem às empresas capacidade competitiva.

No processo de trabalho, a tomada de decisão é considerada a função que caracteriza o desempenho da gerência. Independente da natureza da decisão, esta atitude deve ser fruto de um processo sistematizado, que envolva o estudo do problema a partir de um levantamento de dados, produção de informação, estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão, viabilização e implementação da decisão e análise dos resultados obtidos.

Choo (1998) *in* Guimarães (2004) considera que a tomada de decisão formal é estruturada por regras e procedimentos que especificam papéis, métodos e normas que, por sua vez, influenciam como a organização enfrenta a escolha e a incerteza. A combinação esperada entre cultura, comunicação e consenso, melhora a eficiência e ajuda a alcançar um nível mais elevado de comportamento de escolha. Ponderando sobre os modelos para o processo de tomada de decisão, aquele autor aponta no ambiente organizacional duas propriedades fundamentais para a decisão: a estrutura e clareza dos objetivos organizacionais que impactam nas preferências e escolhas; e a incerteza ou quantidade de informação sobre os métodos e processos pelos quais as tarefas são cumpridas e os objetivos são alcançados. Quanto aos modelos para decisão, o mesmo Choo os define como racional, de processo, político e anárquico.

O modelo racional é um modelo clássico, essencialmente normativo, em que prevalece a abordagem quantitativa e, por assim ser, é possível prever todo o curso de ação e os efeitos futuros da decisão. Nas decisões racionais, as soluções são geralmente aplicações das normas e rotinas da instituição.

No modelo de processo são enfatizados os estágios, as atividades e a dinâmica das condutas de escolha. Aqui, Mintzberg (2003) pode ser citado como o mais conhecido precursor do modelo de processo, com estudos que revelam estratégias empregadas para a tomada de decisão e que sugerem uma estrutura de um processo em que são definidos vários elementos: a fase de decisão central que inclui a identificação; o desenvolvimento e a seleção das alternativas de escolha; as rotinas de apoio à decisão citadas como o controle da decisão; as

políticas que podem ser assumidas como barganha, persuasão ou cooptação; e, ainda, os fatores dinâmicos que influenciam a decisão, como a interrupção do processo, a rapidez e / ou atraso de tempo e os ciclos falhos que acontecem quando não é encontrada uma solução aceitável e, muitas vezes, faz com que o decisor tenha que retornar à fase de desenvolvimento ou desistir da decisão. Para o autor citado, o modelo de processo provê um quadro geral do curso da decisão dentro da organização e permite que seja mais bem gerenciado.

O modelo político é voltado para as disciplinas comportamentais, emprega a estratégia de compromisso ou barganha e objetiva contribuir para um resultado que é aceitável por vários componentes externos. Uma solução do processo político nem sempre é uma decisão final. Com freqüência, as decisões formulam e reformulam questões políticas no ambiente organizacional. Nesse modelo, as decisões são mais resultado de influências que de uma escolha racional.

O último modelo de decisão apresentado por Choo (1998) refere-se ao modelo anárquico, em que problemas e alternativas de soluções são despejadas nas organizações e as decisões são resultado do encontro de problemas, alternativas de soluções, participantes do processo de decisão e situações de escolha.

Nos vários modelos de decisão apresentados é possível reconhecer que a decisão nem sempre é resultado de um processo seqüencial, estruturado e dirigido para uma única solução. Mas é possível afirmar que a informação é um recurso primordial para a tomada de decisão e que quanto mais estruturado for este processo, como no caso dos modelos racional e de processo, mais indicado se faz o uso de ferramentas gerenciais que possam atender a estas demandas e necessidades do decisor.

2.3 - A GESTÃO PELA QUALIDADE – BREVE HISTÓRICO

Gestão pela qualidade é um termo que foi incluído no vocabulário organizacional brasileiro nas últimas décadas, em particular a partir dos anos 90. Entretanto, há muito já se trabalha e se pensa em qualidade como uma questão necessária à produção de bens e serviços.

Durante séculos a manufatura foi encarada como uma arte e cada artesão tinha o orgulho do seu trabalho. Estes artesãos definiam a compra de matéria-prima, o preço da venda, o horário de trabalho e demais fases do processo. O conhecimento era transmitido aos filhos ou a aprendizes de uma forma lenta e prática. Desta forma, a observação por parte dos mestres-artesãos aos aprendizes era o principal instrumento de controle da qualidade, cujo objetivo era evitar falhas no processo de manufatura.

Ao final do século XIX com a saída dos artesãos para as fábricas, surge a grande teoria de Administração de Empresas que ficou conhecida por *Iniciativa* e *Incentivo*. Neste modelo, o administrador deixava a cargo do operário a escolha do método a ser utilizado para cumprir sua tarefa (iniciativa). Como conseqüência, o conhecimento de forma empírica ficava sob o domínio do operário. A solução encontrada foi incentivar a produção através de melhorias salariais e diminuição das horas de trabalho. Como neste caso o administrador não possuía o conhecimento adequado dos métodos de produção, ele passa a ser um mero cobrador de tarefas (Juran, 1997)

Conclui-se que a fábrica estava nas mãos dos operários que deliberadamente trabalhavam tão devagar quanto podiam e ao mesmo tempo procuravam fazer acreditar aos superiores que trabalhavam depressa. Entretanto, o surgimento, nos Estados Unidos, de uma nova concepção produtivista, notadamente no início do século XX, é marcado pelo pioneirismo dos estudos efetuados por Frederick W. Taylor (1856-1915), cuja corrente de pensamento passou a ser designada *taylorismo*. Com Taylor, pela primeira vez na História, o trabalho merece uma atenção sistemática em seus mínimos detalhes, anteriormente negligenciados. O objetivo de Taylor era encontrar um método perfeitamente repetível, que permitisse trabalhar com uma escala sempre crescente e com uma eficiência constantemente superior.

De acordo com Oliveira (2007), ele funda uma nova ideologia produtivista, realçada como um método “científico” de organização do trabalho. Ao conceder o estatuto de ciência à sua técnica, confere-lhe o prestígio de um saber desinteressado, objetivo e neutro, dissimulando, assim, uma concepção ideológica de trabalho nela revestida. Sua técnica se disseminou pelas indústrias

do mundo todo. Com aplicação ampla, ultrapassou os muros das fábricas e penetrou nos trabalhos de escritório e até mesmo no trabalho intelectual. Ao generalizar-se, seu alcance transformou-a numa técnica social de dominação.

O método de administração científica de Taylor tem o objetivo de aumentar a produtividade do trabalho. Para ele o grande problema das técnicas administrativas existentes consistia no desconhecimento, pela gerência, bem como pelos trabalhadores, dos métodos ótimos de trabalho. A busca dos métodos ótimos, seria efetivada pela gerência, através de experimentações sistemáticas de tempos e movimentos. Uma vez descobertos, os métodos seriam repassados aos trabalhadores que se transformavam em executores de tarefas pré-definidas.

O Taylorismo consiste ainda na dissociação do processo de trabalho das especialidades dos trabalhadores, ou seja, o processo de trabalho deve ser independente do ofício, da tradição e do conhecimento dos trabalhadores, mas inteiramente dependente das políticas gerenciais. Taylor separa a concepção (cérebro, patrão) da execução (mãos, operário). Nega ao trabalhador qualquer manifestação criativa ou participação (Oliveira, 2007).

Segundo Berghauser (2001), com a evolução destas organizações e a produção em larga escala, houve enormes mudanças nos processos de trabalho e elevação da produtividade, a partir da aplicação dos estudos de Henry Ford, que culminaram na clássica divisão do trabalho em tempos e movimentos. O uso intenso de máquinas para auxiliar a produção em massa e a forte preocupação com a uniformidade dos produtos deu origem à atividade de inspeção, posteriormente organizada sob forma de departamento no interior das fábricas. Sua responsabilidade consistia em inspecionar o produto final e separar os defeituosos, para evitar que sua comercialização comprometesse o nome da empresa no mercado.

Pode-se caracterizar este período como a primeira fase do movimento da qualidade e o início da atividade voltada para este objetivo de forma científica e sistematizada, utiliza

ndo-se para isso, medidas e gabaritos com modelos padrão (Garvin, 1992). Esta forma de trabalho foi desenvolvida, sobretudo, na indústria bélica.

De acordo com Gurgel Junior e Vieira (2002), a influência da Segunda Guerra Mundial elevou a exigência de qualidade e confiabilidade nos armamentos e a necessidade de volume maior de produtos. Nos anos 40, o controle de qualidade estava consolidado como uma disciplina acadêmica nos cursos de engenharia, o que estabeleceu uma nova etapa do processo.

Os mesmos autores comentam que nos anos 50 e 60 houve uma grande evolução no gerenciamento das empresas, sobretudo, no Japão, motivadas pela necessidade de reconstrução da economia nipônica após a Segunda Grande Guerra. Inicia-se na mesma época o desenvolvimento do controle total da qualidade, da quantificação dos custos e do programa do zero defeito além da engenharia de confiabilidade. O objetivo era prevenir problemas e com isso a garantia de qualidade.

Garvin (1992) comenta ainda que a reconstrução do Japão no Pós-guerra, atendendo práticas gerenciais voltadas para a qualidade, trouxe consigo nomes como Deming, Juran e Feigenbaun, que empreenderam grandes esforços no exercício de práticas gerenciais voltadas para a qualidade nas organizações japonesas, fundamentadas em teorias desenvolvidas nas décadas anteriores (Wood, 1994). Nesse período, foram sistematizadas abordagens para solução de problemas organizacionais tornando-se conhecidas como o Ciclo de Deming ou ciclo do *Plan, Do, Check, Action* - PDCA - (Deming, 1990).

Em 1951, enfatizando o quanto a organização perdia em função de defeitos na produção, representada pelo sobretrabalho e re-trabalho, e na insatisfação dos clientes com os produtos de baixa qualidade, Juran abordou os custos da não-qualidade e suas conseqüências. A prevenção dos custos evitáveis era o mapa da mina das empresas, pois impediriam prejuízos financeiros, além de melhorar a competitividade da empresa no mercado (Garvin, 1992).

A cultura da qualidade é aceita e incorporada pela sociedade japonesa a partir dos anos 60, quando então passa a ser aplicada nas empresas resultando

na melhoria gradativa dos processos e dos produtos. A indústria japonesa transforma-se em padrão internacional, oferecendo produtos de alta qualidade e a preços mais baixos (Berghauser, 2001).

Partindo da premissa que a qualidade do produto é objeto de todos na organização, desde a concepção, passando pela fabricação, até a chegada dos produtos às mãos dos clientes, Feigenbaum (1956) propôs um conceito mais avançado, o Controle Total da Qualidade (Gurgel Junior e Vieira, 2002). Portanto, na sua visão a qualidade é na verdade objetivo de toda organização, da alta gerência aos setores operacionais. A qualidade passou a ser então uma questão de sobrevivência no mercado e um objetivo de níveis gerenciais mais elevados, a partir do início da cadeia produtiva, envolvendo desde a concepção do projeto até a finalização dos seus produtos.

Da mesma maneira, o Programa de Defeito Zero idealizado por Crosby (1967), tinha como objetivo realizar, de uma só vez, a fabricação de um produto sem defeitos, evitando-se a necessidade de refazê-lo. Isto passou a ser mais evidenciados a partir da segunda metade do século passado, quando a preocupação principal centrava-se no processo produtivo industrial. Nesta época a performance das organizações era representada pelo mínimo de itens sem defeito.

Este conceito, segundo Gurgel e Vieira (2002), exigia muita atenção no processo fabril e motivação dos que estavam envolvidos na sua realização. Isto determinou novos rumos à era da Garantia da Qualidade, quando se passou a considerar aspectos comportamentais no gerenciamento das organizações, pois o instrumental desenvolvido até então não prevenia, nem resolvia, os problemas que originavam a má qualidade e nem suas repercussões na performance da empresa. Era, portanto, um processo ainda ineficiente e ineficaz.

Posteriormente, a preocupação com os custos de produção e a incorporação do conceito da satisfação do cliente representou um substancial avanço. A disputa do mercado, com clientes cada vez mais exigentes, amparados pela criação de leis e códigos de defesa do consumidor, e, sobretudo, a necessidade de as empresas produzirem mais e melhor com custos menores,

deram uma nova amplitude aos programas de qualidade. Com o aumento da competitividade e o nivelamento tecnológico, a busca da qualidade passou a ser um diferencial importante para as empresas (Gurgel Junior e Vieira).

A aplicação dos programas de qualidade deu origem às certificações ISO, que incorporam rigorosos parâmetros de avaliação da performance organizacional e vinculam, de acordo com a classificação da organização avaliada, a possibilidade de auferir maior volume de recursos e expansão de mercado.

Na sua abordagem gerencial contemporânea, a Gestão Estratégica da Qualidade envolve o uso de técnicas comportamentais, a utilização do conceito de clientes internos e externos, cuja satisfação é o objetivo maior, a formação de equipes que pensam e executam os projetos, e a ênfase nos processos e fluxos de trabalho, a partir da estruturação organizacional adequada.

A qualidade passou a ser um objetivo perseguido pela cúpula estratégica das organizações, tornando-se objeto de interesse das grandes corporações nos dias atuais, tanto no setor fabril como no setor de serviços. Na atualidade, a qualidade é encarada como um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações num mercado altamente competitivo, objeto da gerência estratégica, líder do processo, que envolve planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda organização.

Qualidade é o clímax de uma tendência que teve início no começo do século 20 (Garvin, 1992), e que envolve, também na atualidade, a responsabilidade social das empresas com o seu ambiente externo, potencializando seu uso em vários setores da economia e mais notadamente no setor de serviços.

Herbig e Palumbo (1998) demonstraram que apesar de mais criativos e capazes, passados meio século, os norte-americanos continuam apresentado muitas deficiências em relação à indústria japonesa. Esta, por diversos motivos, consegue inovar e fabricar mais e melhor que seus maiores concorrentes.

Juran (1997) *in* Berghauser (2001) esclarece que, movidos pela necessidade de sobrevivência do pós-guerra, as empresas japonesas começam a

avaliar seus próprios métodos de trabalhos, e em conseqüência enviam equipes ao exterior para aprender como outros países atingem a qualidade; traduzem para o idioma japonês a literatura existente sobre a qualidade e finalmente recorrem a entidades como a JUSE (União dos Cientistas e Engenheiros Japoneses) e ao *Keidanren* (Federação Japonesa das Organizações Econômicas). Estas passam a promover visitas e palestras aos industriais japoneses, proferidas por William Deming e por ele próprio.

Nas décadas de 70, 80 e 90 a sociedade mundial presencia a melhoria constante dos produtos japoneses. Em contrapartida, as empresas espalhadas por todo o mundo procuram aplicar conceitos da qualidade adaptados para as suas realidades. Surgem os mais variados modos de se administrar a qualidade, como por exemplo, a Administração por Objetivos, nos EUA, baseada na idéia de que todos os níveis da organização devem executar as suas tarefas para atingir objetivos específicos. A Gestão da Qualidade Total[13], aplicada na Xerox e Motorola, proporciona grandes resultados nos índices de produtividade das empresas.

Contudo, em 1998, uma pesquisa da firma de consultoria norte-americana Bain & Company - publicada na revista HSM Management - mostra que o percentual de empresas que adotam a Gestão da Qualidade Total (GQT) vinha se reduzindo nos Estados Unidos, na Europa e na Ásia, embora ainda fosse bem alto (67%). O que isso significava para as companhias brasileiras, cada vez mais adeptas dessa ferramenta gerencial? Para responder à pergunta, foram entrevistados vários pensadores da qualidade reunidos a propósito dos quase 50 anos da filosofia da qualidade. A primeira parte da resposta foi quase uma provocação: o problema seria que a verdadeira GQT não vingou e sim sua versão banalizada, "inventada" pelas Forças Armadas dos EUA e por autoproclamados especialistas. Ou seja: as empresas não estariam usando a ferramenta corretamente.

---

[13] Feigenbaum e Ishikawa são talvez os autores que mais contribuíram ao desenvolvimento do termo. Outros reconhecidos “gurus” da gerência da qualidade tais como Crosby, Deming e Juran deram forma às dimensões, às práticas e ao mecanismo que solidificou o conceito, mas observa-se na literatura que nenhum destes três usa realmente o termo de GQT. Este termo de Gestão pela Qualidade Total começou a ser usado em meados dos anos 80 no governo de Margareth Tatcher e transformou-se em uma parte reconhecida da linguagem da qualidade relacionada ao final dos anos 80. (Angel R. Martínez-Lorente et al, 1998.)

Afinal a GQT deve desenvolver processos que visam à obtenção de produtos sem defeitos para reduzir custos de fabricação e assistência técnica e entregar ao cliente um produto de maior qualidade com menor preço? Ou deve ser uma coleção de certificados?

O mais eminente dos especialistas procurados por aquela empresa, Philip B. Crosby[14], preferiu dar uma resposta objetiva: "Os profissionais da qualidade precisam aprender a ajudar a gerência a ser bem-sucedida em vez de sobrecarregá-la com regras, procedimentos e regulamentos cada vez maiores. O século XXI será realidade, não certificação". Os autores discordam entre si sobre a evolução da função da qualidade nas empresas, o que estimula a reflexão e enriquece o debate, mas todos concordam em um ponto: mudanças expressivas estão em curso.

Berghauser (2001) estimula a reflexão acima e demonstra que todos concordam que o foco no cliente e nos serviços passa a ser a mola mestre da grande maioria das empresas que pretendem sobreviver no mercado. A tendência das organizações de tentar cada dia mais suprir os anseios dos clientes mudou o modo de agir das mesmas. Tal qual a mudança cultural ocorrida no Japão, há 50 anos, trouxe grande crescimento, hoje a preocupação constante com a satisfação do consumidor ou usuário tem promovido uma mudança radical no modo de agir dos funcionários. A tendência mundial é de que as organizações procurem cada vez mais pela melhoria de seus processos.

O que se vê atualmente é uma imensidão de profissionais dos mais variados ramos do conhecimento atuando na área da qualidade, tentando trazer para suas empresas o aprendizado necessário para o aperfeiçoamento dos produtos e serviços, afirma Gryna (1998), com uma visão do futuro da qualidade. Para o século XXI, as perspectivas sobre a qualidade são muito positivas, segundo Juran (1997), chamando o período de “Século da Qualidade”, um

[14] Philip B. Crosby, foi um homem de negócios e um autor que contribuiu para a teoria e prática do gerenciamento pela qualidade. Foi o precursor do programa zero defeito em uma empresa em Orlando, Flórida. No controle de qualidade do Programa do Míssil Pershing. Com o seu programa ele conseguiu reduzir em 25% a taxa de rejeição daquelas armas reduzindo em 30% os custos do projeto. Faleceu três anos depois daquela entrevista no ano de 2001. (N.A.)

cenário onde se espera o crescimento da concorrência internacional e o aumento pela procura de novos mercados consumidores.

Os Custos

No dicionário conhecido como Aurélio, Ferreira (2004) define Gestão como o "Ato de gerir; gerência, administração", demonstrando que se trata de um termo ligado a administrar algo de forma ampla. A Gestão da Qualidade pode ser definida como uma maneira de se administrar organizações em geral de forma que o foco principal e constante seja sempre a melhoria contínua, sendo que o resultado mais importante sob esta gestão é a satisfação completa do cliente.

O ato de gerir a qualidade significa procurar a garantia que os produtos fabricados ou os serviços prestados (ou mesmo ambos), sejam adequados ao uso para o qual foi projetado. Indo além da definição, a Gestão da Qualidade está intimamente ligada ao modelo com o qual a organização é administrada como um todo. O processo de gestão da qualidade é extremamente abrangente dentro da empresa, devendo, portanto, atingir todas as suas áreas. É necessário, entretanto, ficar evidente que a alta direção precisa estar o mais envolvida possível (Berghauser, 2001) .

Uma das características da gestão hospitalar é se organizar de modo a reduzir perdas e, mesmo sem aumentar os custos, melhorar a qualidade do serviço prestado (Frota, 1999).

A explosão de gastos nas organizações hospitalares e custos em saúde certamente impulsionaram o desenvolvimento destas novas proposições gerenciais, em um quadro de recessão econômica nos países desenvolvidos que afetou as políticas de combate às tendências de crescimento descontrolado. Neste contexto, os hospitais passam a ser analisados não apenas como instituições de assistência à saúde, mas também como entidades econômicas. Não sobram muitas alternativas para a administração hospitalar, pois há uma necessidade imperiosa da eficiência na condução e na organização interna destes estabelecimentos.

O custo representa o valor dos bens e serviços consumidos na produção de outros bens ou serviços (Salvatore,1978). Dessa forma, em uma organização hospitalar, pode-se entender como custos os gastos incorridos para a obtenção de um serviço prestado, como, por exemplo, o custo com antibióticos para dar alta a um paciente com pneumonia.

Assim definindo, parece fácil a tarefa de apurar um custo, pois exige, apenas, a apuração de todos os recursos consumidos pela empresa e sua distribuição pelos produtos fabricados. Ao se considerar, porém, a complexidade dos recursos aplicados pela empresa, a existência de consumos indiretos para suporte (apoio) à produção, entre outros, percebe-se que essa ação não é nada simples.

Rocchi (1982) afirma que a apuração dos custos em estabelecimentos hospitalares é um trabalho complexo que exige, em outras condições, a perfeita delimitação dos centros de custo e um eficiente sistema de informações gerenciais, conseqüência direta da complexidade dos serviços prestados. Também destaca que, em qualquer hospital, o controle de custos tem por finalidade determinar e analisar o custo total dos serviços prestados a cada pacientes levando-se em consideração a finalidade do sistema, a apuração e a análise de um hospital, ou seja, o cômputo do custo de cada cliente e de cada tipo de serviço prestado.

Um dos motivos para este conceito é a elevação dos custos através dos recursos utilizados durante a assistência. Em 1997, Eddbroke previa que ocorreria uma elevação progressiva dos custos. Dizia aquele autor:

> *“Há evidências que sugerem que os custos da saúde aumentarão significantemente na próxima década como o resultado de mudanças na idade, distribuição da população, aumento nos níveis da expectativa de vida e aumento na sofisticação das técnicas e cuidados prestados. Isto enfatizou a necessidade de adicionar um método mais acurado de se obter os custos individuais de um paciente que permita utilizar as fontes e recursos dentro de*

> *especialidades diferentes. A terapia intensiva é considerada uma especialidade cara com custos estimados em 675 milhões de libras por ano somente no Reino Unido."* (Edbroke, 1997, p. 645)

De acordo com Halpern e Pastores (2004), entre 1985 e 2000 houve elevação de 126% nos custos por dia em uma UTI (1.185 a 2.674) dólares. Neste mesmo período os custos com a Terapia Intensiva aumentaram em 190.4% (19,1 bilhão para 55.5 bilhão de dólares). Os custos com a Terapia Intensiva em 2000 representaram 13.3% dos custos hospitalares e 4.2% dos gastos em saúde.

Observa-se que a evolução tecnológica ocasiona vários fenômenos articulados, entre eles uma diversificação importante dos modos de atendimento e o compartilhamento crescente das infra-estruturas por distintos tipos de profissionais. Isto torna mais complexos os processos de trabalho, as combinações de processos e os lugares e condições de exercício profissional.

Coelho (2004) descreve que todo este desenvolvimento tecnológico contribuiu imensamente para a escalada de custos nos cuidados da saúde. Os hospitais se esforçam para divulgar uma imagem tecnologicamente avançada, provendo alta qualidade e oferecendo cuidados para o paciente de forma humanizada. Embora estas metas sejam desejáveis, elas competem diretamente com o custo proibitivo, associado com outros objetivos hospitalares de manter despesas operacionais baixas. Assim, a aquisição de tecnologia é vista pelo hospital como necessária, mas dispendiosa (Pastores e Halpern, 2000).

Corroborando com os dados acima, Eisenberg (1986) já argumentava que embora os salários médicos representassem apenas cerca de 20% dos custos em saúde, 80% das despesas assistenciais eram provenientes de serviços solicitados por médicos e novas tecnologias utilizadas. A questão torna-se mais polêmica quando se observa que mais recursos são empregados, alguns desnecessários, ocasionando desperdícios econômicos e má alocação dos recursos.

Nos dias atuais, e mesmo nas sociedades tradicionalmente mais ricas, o conceito clássico do "*usually you get what you pay for*" ou "quanto mais se paga

mais se obtém", está sendo substituído por "*doing more with less*" isto é "fazer mais com menos", considerado um bom indicador de qualidade na prática médica diária (Coelho, 2004). A lógica econômica fundamenta-se no princípio da escassez, onde sabemos que os recursos sempre serão escassos. O termo escasso está intimamente associado à "limitado" ou "econômico" em oposição a ilimitado ou livre. Salvatore (1978), no seu livro Microeconomia, descreve escassez como o problema central de todas as sociedades.

Se, por um lado, a lógica econômica se baseia na escassez de recursos, por outro lado devemos entender recursos como pessoal, tempo, instalações, equipamentos, estrutura financeira e tudo o mais que precisarmos para atender a uma necessidade. Como os recursos são escassos, torna-se necessário fazer opções, não apenas relacionadas ao que fazer, mas também sobre o que não fazer, incluindo a prioridade hierárquica dos objetivos a serem atingidos. Toda decisão quanto ao uso de recursos implica em sacrifícios, ou seja, uma vez que os recursos sejam utilizados de uma maneira, não serão utilizadas de outra.

Desta forma tudo nos leva a crer não ser viável hoje em dia a dicotomia entre um sistema administrativo e um sistema médico-assistencial. Administrar de forma mais eficiente significa não somente atender as expectativas do cliente do ponto de vista da recuperação da sua saúde, como também administrar o processo de produção na sua totalidade, o que envolve diretamente a prestação do cuidado de saúde.

O grande risco desta *"contenção de custos"* é a perspectiva da limitação de recursos para a prática médica e a subseqüente qualidade da assistência. Assim, mais do que controlar os custos, a administração deve desenvolver mecanismos ou ferramentas gerenciais que propiciem a melhor alocação de recursos calcada, se possível, em estudos de custo-benefício ou custo-efetividade.

Braga Neto (1991) descreve que em meados dos anos 70 os hospitais - buscando se adaptar ao novo modelo de administração nestas circunstâncias, e com a implantação de novos modelos gerenciais com base na melhor alocação de recursos - iniciam a introdução de instrumentos gerenciais particularmente sistemas de informação que permitam melhor acompanhamento da prestação de

serviços e do desempenho financeiro do hospital. Braga Neto destaca, no mesmo texto, que o maior exemplo deste novo gerenciamento é o do *John Hopkins Hospital*, que em 1974 muda seu modelo administrativo com a descentralização da gestão.

Heyssel (1984) comenta que a descentralização teve como base a criação de diversas unidades funcionais, definidas de acordo com as especialidades médicas, criando Departamentos e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Juntamente com os serviços administrativos, o hospital passou a ter uma base de unidades operacionais que não só pela sua autonomia interna mas também pelo desenvolvimento de suas atividades, foram, de certa forma precursores dos hoje conhecidos Centros de Custos dos nossos hospitais.

Isto favoreceu a descentralização da gestão no hospital, pois o coordenador do serviço era não somente o seu responsável técnico, como também o responsável pela situação financeira de sua unidade. Este modelo tornou a gestão mais custo efetiva, pois implicava em maior ajuste dos recursos relacionados ao orçamento de cada unidade ou centro de custo. Isto implicou na criação de um sistema de informações gerenciais que favorecesse o monitoramento das atividades médicas e o controle dos custos. Com a adequação da alocação de recursos na assistência e o controle das despesas, este processo teve como resultado um novo sistema de planejamento e programação para todo o hospital.

A busca por novos modelos de gestão descentralizados durante a década de 80 trouxe consigo o sistema de classificação de pacientes hospitalizados – *Diagnosis Related Groups (DRGs).* Segundo Braga Neto (1991), este sistema serve para mensurar a produção do hospital mediante o agrupamento dos diferentes tipos de pacientes tratados conforme o volume de recursos consumidos, durante o período de internação, proporcionando a análise destes recursos através de grupos homogêneos. Imaginava-se que mediante estes métodos seria introduzida uma nova forma de gestão hospitalar, baseada no conhecimento e na administração dos processos de produção, através da mensuração e o controle de seus produtos.

Como crítica à implantação deste método, pode-se citar a dificuldade da identificação de processos e produtos, que são a condição básica para a utilização desta técnica. Neste modelo, há necessidade de se buscar uma metodologia para a mensuração dos produtos hospitalares que informe sobre os diferentes processos em questão. Desta forma, a mensuração da produção hospitalar só poderia ser viabilizada mediante a configuração de um sistema de classificação dos pacientes tratados.

Hoje - com o desenvolvimento de processualização e contratualização entre os gestores hospitalares e suas diversas coordenações, principalmente naqueles hospitais que buscam a acreditação[15,16] - este modelo seria mais bem aproveitado.

Braga Neto (1991) comenta a respeito destes novos modelos de gestão que trazem consigo as conseqüências de suas propostas gerenciais, não só a do médico ser "advogado" do paciente, promovendo para ele não somente o melhor benefício da assistência, como também a de ser um mediador dos interesses da organização hospitalar, pois além da questão clínica existem as questões financeiras a serem consideradas. Esta tentativa de descentralizar a gestão busca a alocação mais racional de recursos de forma a responsabilizar os gestores envolvidos diretamente com a prestação de cuidados, estimulando-os a modificarem as suas práticas.

Faz aquele autor o seguinte comentário:

> " *...deveria se buscar alternativas capazes de compatibilizar, de forma equilibrada, estas distintas*

[15] Acreditação é um processo de avaliação externa, de caráter voluntário, através do qual uma organização, em geral não-governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente. Fonte http://www.cbacred.org.br/site/index.php (18/08/2007 19h09min)

[16] Através da Acreditação Hospitalar, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de natureza administrativa. A partir deste diagnóstico e com o desenvolvimento do processo de educação, é possível discutir, criteriosamente, os achados da avaliação e desenvolver um plano de ações capazes de promover a efetiva melhoria do desempenho da instituição, abrangendo todos os seus serviços e segmentos existentes. Fonte www.inca.gov.br (18/08/2007 19h14min)

> *necessidades, evitando-se erros, seja pela adoção de modelos de gestão de redes de serviços extremamente centralizados, sem tratar de transferir responsabilidades para o gestor local e provavelmente comprometendo a melhoria do funcionamento destas unidades, seja contrariamente ao se privilegiar a autonomia dos gerentes de unidades e até mesmo de chefes de serviços hospitalares, perdendo-se de vista a importância de assegurar algum mecanismo de planejamento e avaliação integrado dessa rede de unidades." (Braga Neto, p.139, 1991.)*

2.4 - GESTÃO PARTICIPATIVA E COMPARTILHADA

Em 2003, o novo governo brasileiro trouxe a mudança na gestão pública. De acordo com Lima (2003), a idéia era a implementação de um plano de gestão pública referenciado em uma nova abordagem que fortalecesse o Estado na medida em que reduzia o déficit institucional, fosse de caráter financeiro ou no quantitativo de unidades. Uma das propostas era a de capacitar o governo na formulação e implementação de políticas públicas de forma eficiente, transparente e participativa.

Entre seus objetivos constava à decisão de contemplar, em médio e longo prazo, as organizações públicas de âmbito federal na redefinição de estratégias, reconfiguração das estruturas, processos e o redimensionamento de recursos em bases mais eficientes e direcionadas para os resultados. Isto incluía a construção de um novo padrão de relacionamento da gestão voltada ao interesse público. O novo governo propunha uma Gestão Pública Para um Brasil de Todos (Lima, 2003).

Este modelo incluía desenvolver na Gestão Pública um foco nos resultados através da eficiência[17] , transparência e participação[18].

[17] Eficiência é um princípio claramente republicano, que busca um melhor aproveitamento dos recursos dos cidadãos em seu próprio benefício. A perspectiva da eficiência deve estar balizada em informações confiáveis sobre os custos que permitam uma avaliação correta sobre os gastos.

O Instituto Nacional de Câncer, em 9 de fevereiro de 2004, através do diretor geral à época e atual Ministro da Saúde, Dr. José Gomes Temporão instituiu, através da Portaria nº. 031/04, o seu novo modelo de gestão colocando em prática diretrizes institucionais, diretrizes de atenção em câncer e diretrizes de gestão.

A adoção do modelo de gestão participativa atendia à determinação do Governo Federal de se implantar uma política participativa conforme expresso no Plano Brasil de Todos de participação e inclusão, e com base nos Mega-Objetivos e desafios do referido Plano, inciso III – Promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia – item 31: *"Implementar uma nova gestão pública: ética, transparente, participativa, descentralizada, com controle social e orientada para o cidadão".*

Este modelo tem como prerrogativas a relevância de atender com responsabilidade social e transparência as premissas do Sistema Único de Saúde – SUS, de universalidade, eqüidade, integralidade e descentralização - com ampliação da garantia de qualidade de acesso aos serviços. Além disso, o INCA exerce o papel de órgão do Ministério da Saúde responsável pela coordenação das ações nacionais de prevenção e controle do câncer no Brasil.

Outra justificativa para a adoção deste modelo é a necessidade de horizontalizar a comunicação e integrar as atividades das diferentes instâncias do INCA que lidam com a prevenção, a atenção e o controle do câncer no Brasil, além de usar este modelo como suporte e fundamentação democrática de ações estratégicas em defesa do Projeto Civilizatório que alicerça a Reforma Sanitária Brasileira.

Mas afinal, o que é Gestão Participativa e Compartilhada?

Isto evitaria o simples corte linear de despesas que leva, usualmente, ao aumento do custo relativo e à ineficácia.

[18] Transparência e participação são princípios basilares da gestão democrática que permitem aos cidadãos se informar sobre a agenda proposta pelo governo e, por meio dos canais adequados, participarem das decisões sobre assuntos relacionados ao interesse público e a seus legítimos interesses particulares.

A gestão participativa é um dos campos mais complexos da moderna teoria geral da administração, envolvendo diversos conceitos, técnicas, experiências práticas e um profundo conteúdo filosófico-doutrinário. Laiter (2007) define de uma maneira bastante simples, mas objetiva, que de maneira abrangente, administração participativa é uma filosofia ou doutrina que valoriza a participação das pessoas no processo de tomar decisões sobre diversos aspectos da administração das organizações. Essa definição tem diversas implicações, já que participar não é natural nos modelos convencionais de administração. Muitos paradigmas mantêm a maioria dos trabalhadores alienados em relação ao controle de seu próprio trabalho e à gestão da organização. A alienação desperdiça o potencial de contribuição das pessoas. Assim, a participação das pessoas envolvidas nos diversos níveis de decisão contribui para aumentar a qualidade das decisões e da administração, bem como a satisfação e a motivação das pessoas.

A administração participativa contribui para aumentar a competitividade das organizações. Administrar participativamente consiste em compartilhar as decisões que afetam a empresa, não apenas com funcionários, mas também com clientes ou usuários, fornecedores, e eventualmente distribuidores ou terceirizados da organização.

Tomar decisões é a essência da atividade administrativa. É o que provoca o movimento da estrutura organizacional em busca dos seus objetivos. Em virtude disso, muitas vezes tende-se a centrar na figura do líder (presidente da empresa, diretor do hospital...) o sucesso ou fracasso da organização. O líder é quem decide. Uma administração ou gestão desse tipo, centralizada em uma pessoa, é chamada de diretiva. Nela, o líder estabelece os objetivos de toda a organização, define o que vai ser realizado, por quem, quando e com que recursos. Ele dirige as pessoas para que cumpram o que foi estabelecido e verifica se o que foi determinado efetivamente foi realizado. Existe uma clara divisão entre quem manda e quem obedece.

Contudo, uma administração não precisa trabalhar deste modo. A figura do líder é importante, mas isso não impede que a administração seja exercida de forma participativa: os objetivos da organização são definidos pela equipe que a

forma, existe participação nas definições sobre as atividades que serão desempenhadas, bem como no desenvolvimento das mesmas e dos recursos que serão nelas alocados; a mobilização para a realização das atividades não é diretiva e o controle da realização dos objetivos organizacionais é exercido por todos.

Souza (2001) diz que, embora ainda seja possível encontrar organizações com administrações centralizadas, existe uma tendência crescente na descentralização de decisões, maior autonomia dos indivíduos na realização de suas tarefas e participação no planejamento e resultados organizacionais. Esse movimento não acontece por acaso. A ciência da administração tem apontado cada vez mais as vantagens e oportunidades de uma gestão democrática, participativa e compartilhada: compromisso, motivação, criatividade, atitudes colaborativas são algumas delas. Os hospitais e outras organizações de saúde não têm fugido a essa tendência. Utilizando um processo administrativo fundamentado em decisões democráticas, as organizações de saúde têm buscado, cada vez mais, a melhor utilização dos recursos disponíveis em prol de resultados positivos.

Assim, considerando essencial a participação daqueles que formam a organização hospitalar em sua administração, propomos desenvolver a equipe que forma o hospital para uma efetiva administração participativa mediante decisões compartilhadas. Aprimorando a decisão e o clima organizacional, a administração participativa contribui para aumentar a competitividade das organizações.

O envolvimento no processo decisório vai além da simples comunicação, pois envolver significa consultar as pessoas, individualmente ou em grupo, sobre a solução de problemas, no nível do local de trabalho. As pessoas passam a auxiliar a tomada de decisões.

De acordo com Rangel (2007), existem três tipos (níveis) de decisões, devendo-se esclarecer as responsabilidades de cada pessoa em cada um deles:

- Decisões independentes – essas decisões podem ser tomadas por gerentes, supervisores e/ou indivíduos que não ocupam cargo gerencial. Elas não precisam de discussão, informação ou acordo do grupo. São tomadas unilateralmente para acelerar o processo de resolver as situações de rotina.
- Decisões colaborativas (ou consultivas) – são tomadas por gerentes individuais ou grupos de pessoas, a quem foi dada responsabilidade e autoridade para isso. Contudo, elas não podem ser impostas e precisam de discussão, participação e aconselhamento das pessoas que serão afetadas por elas. Entretanto, a decisão final cabe ao gerente.
- Decisões tomadas por pessoas e grupos potencializados (*empowered*) – são tomadas pela equipe ou pela pessoa que recebeu poderes para tal ação e não precisam ser aprovadas ou revistas pela administração. Nesse nível, a pessoa ou grupo assume plena responsabilidade, tendo para isso a informação, a maturidade, as qualificações e as atitudes suficientes para decidir da melhor maneira possível.

Segundo Laiter (2007), um planejamento sobre a implantação da gestão participativa nas empresas deve considerar alguns aspectos como o agrupamento dos membros da organização, a tecnologia utilizada e os objetivos da empresa. Este planejamento deve incluir também os objetivos de mudanças que significa formular - para curto, médio e longo prazo - o que se espera alcançar da empresa quanto a crenças, valores, sentimentos e ações, tanto dos administradores quanto dos executores das atividades. E, finalmente, mas não menos importante, substituir o temor e a submissão do funcionário pela participação; assegurando um tratamento igualitário a todas as pessoas da empresa.

Algumas vantagens podem ser obtidas com esta nova forma de gestão. Uma delas é o desenvolvimento significativo da organização, proporcionando melhores resultados para a instituição e seus funcionários. Este tipo de gestão permite, também, um clima propício ao desenvolvimento qualitativo no trabalho e a distribuição eqüitativa de responsabilidade e dos resultados. Traz consigo a satisfação com a essência dos fatos e não com as suas aparências e permite com isso uma base sólida para as decisões.

A gestão participativa e compartilhada permite um elevado grau de integração com a cultura da organização e aceleração das condições da competitividade da empresa, através da sustentação do diálogo, respeito às diferenças individuais e estímulo das condições da competitividade na organização.

Síntese do Capítulo 2

O Capítulo 2 versa sobre os modelos de gestão e as mudanças que ocorreram na administração hospitalar principalmente nas últimas três décadas.

Entende-se por gestão uma forma sistemática e racional para a tomada de decisões próprias da organização. Entretanto, as organizações de saúde foram organizadas inicialmente a partir de teorias clássicas com vários níveis hierárquicos, centralização do poder e autonomia limitada dos níveis intermediários. Desta forma, observou-se que independente deste modelo mais clássico, a falta de habilidades gerenciais pode ser a origem da ineficiência e da fraqueza institucional. Este problema pode ser solucionado com a profissionalização dos gestores e a descentralização da gestão. Alguns modelos de gestão pública foram desenhados a partir de modelos privados bem sucedidos.

*Entre os métodos desenhados para o setor público com uma adaptação de um enfoque empresarial pode-se citar a "**Démarche Stratégique",** que propõe a definição de estratégias combinadas de custo e diferenciação, relativas aos vários segmentos de produção de um hospital.*

*A sistematização do trabalho no começo do século 20 trouxe uma tendência que culminou a partir dos anos 80 com a **Qualidade**, e que envolve, também na atualidade, a responsabilidade social das empresas com o seu ambiente externo. A Gestão Pela Qualidade foi incluída no vocabulário brasileiro a partir dos anos 90. Ela estimula a reflexão de que o mais importante é a melhoria contínua, com foco voltado para o cliente e os serviços. Isto significa dizer que a tomada de decisão deve ser fruto de um processo sistematizado que estuda o problema a partir de dados levantados sobre uma determinada situação.*

Neste capítulo discute-se ainda sobre os custos da saúde, que estão aumentando como resultado da mudança da distribuição da idade, aumento da expectativa de vida e do avanço tecnológico. Assim, a elevação dos custos está promovendo mudanças no modelo gerencial com a introdução de instrumentos gerenciais, já que tomar decisões é a essência da atividade administrativa. Estas mudanças favoreceram a aplicação da descentralização da gestão tornando-as mais participativas. A gestão participativa é um dos campos mais complexos da moderna teoria geral da administração, envolvendo diversos conceitos, técnicas, experiências práticas e um profundo conteúdo filosófico-doutrinário. Este modelo de gestão foi implantado a partir de 2003 no INCA a partir da proposta do novo Governo Federal.

A administração participativa contribui para aumentar a competitividade das organizações. O envolvimento no processo decisório vai além da simples comunicação, pois envolver significa consultar as pessoas, individualmente ou em grupo, sobre a solução de problemas, no nível do local de trabalho. As pessoas passam a auxiliar a tomada de decisões. Assim, Gestão Participativa é aquela que valoriza a participação das pessoas no processo da tomada de decisões e é compartilhada porque envolve transparência no processo.

CAPÍTULO 3 - FERRAMENTAS GERENCIAIS

" Maestros não sabem como o oboé faz o seu trabalho, mas eles sabem com o que o oboé deve contribuir."
(Peter Drucker)

3.1 - AS FERRAMENTAS GERENCIAIS E SUA APLICAÇÃO

As mudanças no mundo contemporâneo têm gerado transformações radicais na forma de produção e de relação entre os indivíduos. Nas últimas décadas, a revolução provocada pela informática nos ambientes empresariais e até mesmo domésticos, tem feito com que grande parte das pessoas altere seus hábitos. Acresça-se ainda a inclusão da robótica, não só nas linhas de produção industriais, mas também nos tratamentos à saúde; a desordem causada pelo acelerado processo de industrialização, induzindo à necessidade e padronização de consumo; Além do encurtamento das distâncias promovido pela tecnologia, que traz um novo modelo de comunicação.

Atualmente, no período considerado como pós-moderno, as conseqüências do ritmo imposto pela tecnologia não têm acompanhado as transformações sociais, econômicas, políticas e espirituais dos indivíduos. Concordamos com Bell citado por Motta (1999a) quando enfatiza a perda de valores espirituais para explicar a crise contemporânea. O homem moderno tornou-se dependente da tecnologia para agir tanto no ambiente de trabalho como nas suas relações pessoais. Em decorrência, sua atuação dentro da empresa sofreu as mesmas conseqüências, restringindo-se às relações de ordem profissional, à comunicação formal e ao cumprimento dos objetivos institucionais.

Todas essas transformações são palco para o repensar das teorias organizacionais e gerenciais que privilegiam a competição, tanto no ambiente interno quanto externo, favorecem o individualismo, a produção mecanicista e se preocupam mais com os resultados quantitativos expressos nos relatórios financeiros da empresa, em detrimento à satisfação do próprio trabalhador e do cliente. Buscando adequar-se ao cenário contemporâneo, as empresas têm adotado programas de melhoria como os de Qualidade Total, de Reengenharia e outros que introduzem novos conceitos de trabalho e das relações entre os profissionais que exercem a função de gerência e os que atuam nos níveis operacionais.

O ambiente empresarial dentro do contexto da economia globalizada tem sido fortemente marcado pela necessidade iminente de busca e aplicação de novas técnicas e ferramentas de gestão administrativas. Essas novas técnicas e ferramentas têm o objetivo de traduzir, em linguagem organizacional corrente, o conceito de excelência empresarial, em uma perspectiva prática, que proporcione soluções aos desafios organizacionais através de ações pragmáticas (Kato, 2000).

Mintzberg (1994) faz menção ao fato de que somente o desenvolvimento de um planejamento estratégico não compromete necessariamente as pessoas e equipes com a instituição, o que pode ser um problema. O estilo de gerenciamento que envolve e compromete as pessoas da equipe deve ocorrer de tal forma que todos participem para ajudar a definir o seu curso.

A grande dificuldade nesta aparentemente simples tarefa é a capacidade de envolver toda a equipe ou departamento neste processo. Robbins e Finley (1997) afirmam que as equipes necessitam da criação de um ambiente profissional e colaborativo, baseado na visão de “compartilhar para alcançar a excelência”.

Neste aspecto, o planejamento estratégico nas empresas merece especial importância, pois do seu êxito depende substancialmente a sua sobrevivência e o seu poder competitivo. O processo de planejamento estratégico nas empresas pode se tornar mais eficiente e eficaz se for mais bem direcionado, a fim de que seus conceitos principais possam ser mais facilmente assimilados pelos membros da organização.

Segundo Porter (1980), o planejamento estratégico de uma organização, seja ela pública ou privada, reflete a proposição de que há significantes benefícios a serem alcançados, através de processos explícitos de formulação de estratégias. Isto servirá para assegurar que pelo menos as políticas (se não as ações) dos departamentos funcionais, sejam coordenadas e dirigidas para os mesmos objetivos e cenários. Entretanto, como cada departamento inevitavelmente possui suas próprias abordagens, ditadas pela orientação dos seus profissionais, raramente o resultado final é o melhor.

Surge desta necessidade o conceito de estratégias competitivas, como uma metodologia capaz de melhorar sensivelmente o processo de planejamento, tornando a elaboração de estratégias mais específica e detalhada, a partir da análise de diversas variáveis internas e externas e o seu impacto direto e indireto na performance da empresa (Kato, 2000).

Para mensurar o sucesso ou fracasso das estratégias competitivas aplicadas pela empresa, ela deve contar com um processo de avaliação de desempenho bem definido sobre sua performance, que permita avaliar o êxito das decisões tomadas. Assim, outro conceito importante a ser desenvolvido e aplicado é a elaboração de um modelo de avaliação de desempenho para as empresas do setor baseado nos princípios do *Balanced Scorecard*, através de suas diversas perspectivas, tais como: finanças, clientes, funcionários e processos.

Para avaliação de uma organização hospitalar e da qualidade dos serviços prestados, usamos indicadores de desempenho que permitam a sua aferição. No ambiente atual, dinâmico e competitivo, sistemas de medidas de desempenho são instrumentos gerenciais muito importantes para que se possa alcançar com êxito os objetivos propostos. Anthony *et* al (1984) defendem a utilização de medidas financeiras na avaliação do desempenho, argumentando que tais medidas facilitam a comunicação dos objetivos financeiros entre as diversas áreas da empresa. Acredita-se que é válido mesmo para organizações públicas.

Por outro lado, o uso de medidas não-financeiras de desempenho vem sendo defendido há muito tempo como uma forma de superar possíveis deficiências apresentadas pelas medidas financeiras tradicionais. Medidas não-financeiras de produtividade, atitudes dos empregados, desenvolvimento pessoal, responsabilidade pública, dentre outras, devem ser utilizadas conjuntamente com as medidas financeiras, de forma a identificar as forças que determinam o desempenho financeiro.

Não é difícil encontrar na literatura especializada relatos afirmando que, as medidas financeiras são indicadores atrasados, pois as mesmas são calculadas a partir de resultados das ações dos gestores depois de certo período de tempo.

Kaplan (1992) chamou a atenção para a necessidade de se melhorar o sistema de medidas de desempenho através do uso de medidas não-financeiras, como índices de produtividade, qualidade e custos. Tais técnicas necessitam de medidas não-financeiras para sua avaliação, pois as medidas financeiras não conseguem captar muito dos seus benefícios. Outro fator que vem impulsionando o uso de medidas não financeiras está relacionado ao rápido desenvolvimento da tecnologia de informação que torna mais fácil e ágil o processo de obtenção, integração e análise das medidas não-financeiras de desempenho.

Johnson e Kaplan (1987) salientam que o ambiente econômico contemporâneo exige excelência nos sistemas de contabilidade gerencial, mesmo para entidades sem fins lucrativos como as organizações hospitalares públicas, pois os recursos são escassos e precisam ser administrados com eficiência. Os mesmos autores enfatizam que o uso exclusivo de medidas financeiras de desempenho não se mostra suficiente para avaliação de performance geral. Portanto, é fundamental desenvolver indicadores de desempenho consistentes e alinhados com a estratégia da organização.

Abordagens integradas de medidas de desempenho têm sido apresentadas por Judson (1990) com a pirâmide de desempenho, e posteriormente Nanni (1992). Ambos reforçam a idéia da necessidade de medidas integradas de avaliação para fazer frente à nova realidade da manufatura. No mesmo ano, Kaplan e Norton (1992) publicaram o artigo "*The balanced scorecard – measures that drive performance"*. O artigo apresenta uma síntese das principais constatações do estudo conduzido pelos autores durante o ano de 1990 com representantes de diversas empresas de manufatura. A crença que motivou o estudo foi que medidas financeiras tradicionais, obtidas a partir de relatórios financeiros, estavam se tornando limitadas e obsoletas.

Judson (1990) desenvolveu um sistema de avaliação denominado *Performance Pyramid System* (PPS). Esta ferramenta teve seu escopo melhorado por Lynch e Cross (1994). O objetivo deste sistema era ligar a estratégia às operações, traduzindo os objetivos advindos da visão corporativa com as prioridades dos clientes e medidas vindas da base da organização. O

Performance Pyramid inclui quatro níveis de objetivos que direcionam a efetividade externa da organização e sua eficiência interna.

Conforme observado, os sistemas de avaliação de desempenho são relacionados a medidas financeiras e não-financeiras baseadas no planejamento de cada empresa. A aplicabilidade destes sistemas de desempenho na saúde vem se tornando um desafio crescente. Portanto, a área da saúde tem de ser administrada profissionalmente, buscando a qualidade dos seus serviços através de um planejamento estratégico bem definido e com ferramentas gerenciais que permitam a sua aferição.

Estas ferramentas gerenciais podem servir não somente para medir o desempenho institucional como também para acompanhamento das atividades e projetos ao longo de um período pré-determinado. As aferições são efetuadas por intermédio de indicadores. Estes, por sua vez, informam o que está acontecendo em um processo. São medidas indiretas da qualidade, utilizadas como instrumentos de monitoramento, para apontar processos, serviços ou profissionais que podem estar apresentando problemas e que necessitam de uma avaliação mais direta. Na verdade, indicadores são variáveis representativas de um processo que permitem quantificá-lo.

A literatura sobre medição de desempenho está dividida em duas fases principais: a primeira fase, de acordo com Johnson e Kaplan (1993) *apud* Rodrigues (2003), enfatiza as medidas financeiras e de produtividade baseadas na contabilidade de custos e consolidadas no paradigma de produção em massa durante a metade do século XX; a segunda fase mostra um equilíbrio entre medidas financeiras e não financeiras integradas com fatores internos e externos que as empresas operam.

Os sistemas de medição de desempenho tradicionais (Martins, 1999), baseados na contabilidade de custos, foram desenvolvidos a partir do movimento da administração científica no início do século XX. Assim sendo, o sistema de contabilidade gerencial foi criado para promover a eficiência na atividade operacional básica da organização.

Os principais problemas encontrados nos sistemas de medição de desempenho tradicionais foram listados por Martins (1999) e traduzem as dificuldades encontradas:

- Induzem a visão de curto prazo para atingir resultados financeiros globais;
- Otimização do desempenho local ao invés de otimização global;
- Monitoramento voltado para dentro da empresa;
- Avaliação inadequada de investimentos em novas tecnologias;
- Não consideração de medidas não financeiras, exceto produtividade;
- Acompanhamento dos resultados;
- Falta de relevância para tomada de decisão nas operações cotidianas;
- Resultados excessivamente sintéticos;

Os novos modelos de medição de desempenho organizacional começaram a surgir na década de 90 e se propõem, principalmente a estar alinhados com a estratégia empresarial e apresentar medidas qualitativas, além das medidas financeiras. Kaplan e Norton (1997) citam o esforço de várias organizações se transformarem para competir com sucesso no futuro, o que inclui mudanças no modelo de gestão aplicando diversas ferramentas gerenciais. Algumas são bastante utilizadas como:

- Gestão da Qualidade Total;
- *Six Sigma* (Seis Sigma);
- SMART (*Strategic Measurement, Analysis, and Reporting Technique) – Performance Pyramid*;
- *Balanced Scorecard.*

O grande problema destes modelos de gestão e suas respectivas ferramentas gerenciais é que em sua maioria são iniciativas isoladas com estratégias dissociadas da estratégia organizacional, não alcançando seus objetivos. Afinal, várias empresas já trabalham com sistemas de medidas de desempenho incorporando medidas financeiras e não-financeiras. Na realidade, a quase totalidade destes sistemas fornece *feedback* tático e controle de operações de curto prazo.

3.2 - FERRAMENTAS GERENCIAIS – UMA PEQUENA ANÁLISE INDIVIDUAL

Com o advento da globalização, ficou praticamente inadmissível ficar desinformado, ficou praticamente inadmissível não possuir ferramentas gerenciais que auxiliem na gestão das organizações e ficou inadmissível não medir o seu desempenho.

> *"Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende, não há sucesso no que não se gerencia".*
>
> *(William Deming, **In**: Panussat, p. 5, 2004)*

Por este motivo, as organizações hospitalares e as empresas em geral trabalham com base em dados – em sua maioria informatizados (Bangert, 2003; Kato, 2000) - disponibilizados pelos seus diversos setores para medir o seu desempenho, de forma a torná-las mais competitivas e inteligentes.

Entretanto, em abril de 2000, uma revista especializada voltada para os executivos e o mundo dos negócios - a HSM Management - publicou um estudo realizado no ano anterior (1999) sobre o uso de ferramentas gerenciais por empresas de todo o mundo conduzido pela firma de consultoria Bain & Company. O estudo realizado entre janeiro e março de 1999, trouxe algumas revelações surpreendentes: os brasileiros aplicavam 11,8 ferramentas, isto é, menos que a média mundial de 13,3. E 68% dos executivos nacionais gostavam de desenvolver ferramentas próprias em vez de comprar soluções prontas, contra apenas 39% da média mundial.

O desencanto demonstrado em relação a certas ferramentas pode ser sinal de amadurecimento salutar e o começo da solução de problemas. Diversos erros são cometidos na escolha, configuração e implementação dessas técnicas de gerenciamento. Para citar apenas um: muitas companhias ainda tentam adaptar seu sistema de negócio às ferramentas e não o contrário, como deve ser. Um ponto de vista crítico é sempre bem-vindo, contanto que não paralisante.

De acordo com Rigby (2000), se por um lado isso parece bom porque demonstra criatividade e iniciativa, por outro lado suscita dúvidas, pois o argumento parece ser: ou os brasileiros dominam realmente todas as ferramentas gerenciais à sua disposição e conhecem suas possíveis aplicações, ou há algum tipo de descompasso.

De acordo com Martins (1999) as principais características dos novos sistemas de medição de desempenho, adequado às novas condições ambientais internas e externas das empresas, é a necessidade de serem convergentes com a estratégia competitiva; ter medidas financeiras e não-financeiras; direcionar e sustentar a melhoria contínua e identificar tendências e progressos. Deve ainda facilitar o entendimento das relações de causa e efeito e principalmente ser facilmente inteligível para os funcionários, abrangendo todo o processo, desde o fornecedor até o cliente. Adicione-se a estas características a disponibilização de informações em tempo real para toda a organização, ser dinâmico, influenciar a atitude dos funcionários e avaliar o grupo e não o indivíduo.

Pensando-se peculiaridades, percebe-se que o mundo no geral ficou mais competitivo, as empresas e clientes ficaram muito ágeis e exigentes, por isso, a importância de descrever o tratamento e o sincronismo das informações, para apoio às decisões e manutenção das empresas competitivas.

Serão descritas a seguir algumas das ferramentas mais utilizadas nas empresas e agora também na área da saúde.

3.2.1 – SEIS SIGMA

A primeira a ser destacada é o Seis Sigma *(Six Sigma*). O Seis Sigma é uma poderosa metodologia para melhorar o desempenho através da eliminação do desperdício e das causas de defeitos nos processos administrativos, processos de produção ou processos de manufatura (Wilson, 2002). Desenvolver e implantar uma abordagem organizada da aplicação das ferramentas e conceitos Seis Sigma se tornou uma ação prioritária para os dirigentes conscientes em manter suas empresas competitivas.

O conceito Seis Sigma foi desenvolvido primeiramente pela Motorola, na segunda metade da década de 80, e posteriormente adaptado e utilizado como o revolucionário processo de controle de qualidade - alicerce do sucesso da GE de Jack Welch[19] – e utilizado por outras empresas de grande porte, como a IBM e a GE (Pande, 2001). Em uma primeira etapa, a metodologia Seis Sigma foi aplicada a processos de manufatura (produção), porém na década de 90 passou também a ser utilizada por empresas da área de serviços, quando teve início seu emprego por alguns grandes hospitais nos EUA e nos países baixos como o Red Cross, cuja experiência será discutida mais adiante.

Após a efervescência causada pelos resultados alcançados por grandes empresas com a implantação do Seis Sigma, o interesse pelo tema e pela qualidade voltou a crescer em todo o mundo. No entanto, Wilson (2002) afirma que toda essa agitação acabou levando a uma mitificação em torno do conceito, como se ele fosse a solução para todos os problemas da empresa. O Seis Sigma permite tratar a maioria das operações organizacionais como sistemas e melhorar os processos que ocorrem dentro desses sistemas.

Wilson (2002) também chama a atenção para o fato de que o sucesso na implantação do Seis Sigma depende não só do comprometimento total das pessoas da organização em tudo o que é feito, mas também do uso de uma metodologia clara, concisa e compreensível, para que possa ser atingível por todos na organização.

A visão Seis Sigma da qualidade constitui uma nova ferramenta para conjugar qualidade de desempenho de processos à gestão de custos. De uma maneira geral, a filosofia Seis Sigma propõe a existência de uma correlação direta entre o número de produtos com defeitos, percentual do faturamento desperdiçado com esses defeitos (perdas) e o nível de satisfação do cliente com o produto ou serviço. Isto é, com a elevação da métrica sigma do processo, aumenta a eficiência e a eficácia deste, com conseqüente queda dos custos operacionais e elevação do nível de satisfação dos clientes (Pande, 2001).

[19] Jack Welch colocou a GE na rota da liderança e a transformou em uma das maiores e mais globalizadas corporações do mundo. Ele implantou a metodologia Seis Sigma naquela empresa e hoje é considerado o administrador mais bem-sucedido de todo o século 20. (Slater, 2001)

O Seis Sigma é uma maneira objetiva de medir o desempenho e a capacidade dos processos, produtos, serviços ou até mesmo empresas em "Nível Sigma" e compará-los entre si. Assim, é possível designar um valor de Sigma que represente seu nível de qualidade e a quantidade de não-conformidades ou defeitos produzidos (Rotondaro, 2006).

A estratégia Seis Sigma é monitorar o processo, mantendo-o sob estabilidade e controle efetivo, atuando sobre suas causas de variações, com o objetivo de reduzir o número de defeitos[20] nos produtos finais do processo até valores próximos de zero (Berlitz, 2005). A métrica sigma, dessa forma, demonstra o grau no qual qualquer processo se desvia de sua meta, isto é, a capacidade do processo em gerar produtos dentro das especificações pré-definidas.

Em razão da filosofia intrínseca aos serviços de saúde de sempre objetivar o *erro zero* e da emergente necessidade de redução de custos, a metodologia Seis Sigma tem despertado crescente interesse e, assim, vem adquirindo importância na área de medicina diagnóstica (Berlitz, 2005). A perfeita adequação entre qualidade e custos é meta permanente no gerenciamento de processos, técnicos ou administrativos, em laboratórios clínicos.

Baseado nisso, Berlitz e Haussen (2005) aplicaram esta metodologia em um laboratório, avaliando 14 parâmetros básicos de bioquímica em dois sistemas automatizados, comparando-os em termos de *performance* analítica com a utilização da métrica sigma, calculada frente a diferentes especificações de desempenho. Os autores concluíram que a utilização da métrica sigma como índice de *performance* dos processos técnicos no laboratório clínico proporcionou a padronização de um sistema de controle de qualidade custo-efetivo, alinhando qualidade e metas de custo, com foco na satisfação dos clientes e na saúde financeira da organização.

[20] Um processo Seis Sigma é aquele que não produz mais que 3,4 defeitos por milhão de oportunidades, onde defeito é definido como qualquer característica do produto fora das especificações percebidas pelo cliente (Pande, 2005).

Ainda neste artigo, aqueles autores comentam que os custos de prevenção incluíram as atividades de planejamento, controle do processo e treinamento. Custos de avaliação agregam atividades de inspeção, testes e auditorias da qualidade. Os custos de falhas internas representaram custos com re-trabalho, re-teste, erros ou defeitos nos produtos detectados ainda no interior da empresa, enquanto custos de falhas externas significaram erros ou defeitos detectados fora da empresa, ou seja, através de reclamação dos clientes (Berlitz, 2005).

Nos processos técnicos laboratoriais, produtos defeituosos podem ser traduzidos por resultados fora das especificações, ou seja, fora da variação máxima preconizada para a análise laboratorial em questão e, conseqüentemente, sem correlação com a situação real apresentada pela amostra analisada para o parâmetro em estudo.

Cada processo tem dois componentes básicos de variação: variação randômica (imprecisão) e variação sistemática (inexatidão). Para detectar a ocorrência dessas variações, os processos técnicos são monitorados pelo controle de qualidade (CQ) analítico, que inclui controles de qualidade interno e externo, avaliando características de performance como imprecisão e inexatidão, respectivamente. A avaliação dessas características geralmente é realizada de forma independente (Rotondaro, 2006).

A utilização da métrica sigma, porém, permite a transformação dessas características de desempenho em um dado único, possibilitando que processos sejam classificados e comparados, assim como procedimentos e equipamentos distintos quanto a sua qualidade de desempenho, customizando sistemas de monitoramento de desempenho (Welch, 2005). Acresça-se a isso, a padronização de procedimentos de escolha e validação de novos métodos e processos e a possibilidade de estimar e monitorar variações de rendimento (eficiência) associadas aos processos técnicos (Slater, 2001). Por último, permite atuar sobre os possíveis defeitos do processo de análise, minimizando erros e mantendo (ou aumentando) o índice de satisfação dos clientes (Welch, 2006).

Van Den Heuvel (2005) descreve uma experiência bem sucedida no hospital Red Cross com o Seis Sigma já que esta metodologia incorporava

diversas técnicas de gerenciamento da qualidade, que facilitaram a resolução de alguns problemas. Várias foram as razões para que a metodologia fosse bem sucedida na opinião de Van Den Heuvel.

A primeira a ser mencionada foi exatamente a filosofia do Seis Sigma, pois esta ferramenta, por ser baseada em princípios científicos, favorecia a tomada de decisões baseadas em fatos e dados, em vez de pressentimentos e intuição. Nenhum projeto era iniciado enquanto as economias estimadas estavam abaixo do nível definido pela gerência.

Por sua vez, os projetos a serem implantados eram gerenciados estritamente de acordo com as cinco etapas da metodologia DMAIC – definir, medir, analisar, melhorar e controlar. Cada etapa era completada somente após a chegada a metas pré-estabelecidas.

Outro aspecto do Seis Sigma é a definição dos papéis e responsabilidades para os envolvidos no processo (*yellow belt, green belt, black belt e o champion e master black belt*[21]). No processo, foram utilizadas ferramentas de software a fim de tornar as técnicas disponíveis e acessíveis a pessoas com pouco ou nenhum treinamento, já que o seis sigma emprega diversas ferramentas e técnicas estatísticas. O seis sigma fornece uma estrutura detalhada que o liga à organização existente, tornando bem definidas as interfaces com a organização existente.

Especificamente, a severa organização do projeto do Seis Sigma opera ao longo de todas as camadas hierárquicas do hospital. Todas as informações e responsabilidades relevantes poderiam ser unidas, ao mesmo tempo em que o negócio continua a operar. Desta forma, o Seis Sigma não é somente uma idéia ou outro truque para organizar projetos de melhoria. Seu conjunto de instrumentos gerenciais bem definidos e bem alinhados aprimora os resultados dos projetos de melhoria e, definitivamente, maximizou o desempenho de toda a organização. Na realidade, alguns conceitos padrão tiveram que ser adaptados para que pudessem ser mais bem aplicados à assistência médico-hospitalar.

[21] Esta denominação refere-se aos papéis (funções) de cada um dos envolvidos no processo; bem definidos e com suas respectivas contribuições. (N.A.)

A gerência também teve que tratar de assuntos relacionados à cultura de sua organização de serviços sem fins lucrativos e às diferenças entre esta organização e o foco explícito em resultados financeiros da companhia com fins lucrativos. Van den Heuvel (2005) comenta que foi relativamente fácil convencer os céticos, naquela ocasião, explicando que mais dinheiro para o hospital significava pacientes mais felizes e mais saudáveis. A este respeito, Van der Heuvel comenta que a experiência do Hospital Red Cross faz um paralelo com a implementação de Seis Sigma no Thibodaux Regional Medical Center, em Lousiana, EUA como descrito por Does (2002).

No Rio de Janeiro (Brasil) houve uma experiência em 1998 em alguns hospitais federais (Hospital de Ipanema, Lagoa e Andaraí) descrita por Siqueira (2002). Embora sem citar especificamente no seu texto o hospital a que se referia, o autor deixa claro que houve relevância na aplicação da metodologia com resultados significativos no Centro Cirúrgico de uma destas unidades, resultando em um aumento da produtividade de 40% entre 1998 e 2000, passando de 3993 cirurgias para 5.584 neste período. Outros resultados incluíram redução de tempo de espera no atendimento (de 4 horas para 40 minutos), redução de 20% no consumo de filmes de raios X, além de outras melhorias.

3.2.2 - SMART PERFORMANCE PYRAMID

Desenvolvido por Judson (1990) e melhorado por Cross e Lynch a *Smart (Strategic Measurement, Analysis, and Reporting Technique) - Performance Pyramid* traduz os objetivos estratégicos baseados nas necessidades dos consumidores, de cima para baixo, através da pirâmide hierárquica da organização e as medidas operacionais, de baixo para cima, de forma a proporcionar uma integração vertical. No topo da pirâmide, a visão do negócio é articulada formando a base da estratégia do negócio. Esta estratégia é definida com base nos mercados em que a empresa compete e nas suas prioridades competitivas – preço, rapidez na entrega, qualidade, ciclo do produto. O modelo ilustra a principal relação entre estes objetivos e as metas financeiras e de mercado com o segundo nível da pirâmide, que são supridos por medidas de satisfação dos consumidores, flexibilidade e produtividade. Além disso, separa as medidas de desempenho do ambiente interno e externo da organização (Cross e Lynch, 1990).

Conforme explicado por Martins (1999) a *Performance Pyramid* permite levar a visão corporativa - traduzida em objetivos financeiros e de mercado - até os departamentos e os centros de trabalho, onde está o fluxo de trabalho diário. O seu foco principal é a integração entre as estações de trabalho de forma que elas administrem as medidas de desempenho operacionais que sustentam a visão da corporação. Os níveis de unidade de negócios e de sistemas de operação do negócio fazem a interface entre os departamentos e a alta administração.

A determinação das medidas de desempenho dos níveis hierárquicos, sistemas de operação de negócio, departamentos e centros de trabalho é crítica, pois as medidas de desempenho ocasionarão a atitude desejada nas atividades do dia a dia, somente se tiverem uma relação de causa e efeito de acordo com os objetivos estratégicos.

As medidas de desempenho são divididas em dois grupos: as que medem a eficiência interna das atividades e dos departamentos expressos para a alta administração, em termos financeiros, e para as operações, em termos físicos (tempo de ciclo e perdas); e aquelas que medem a efetividade externa em termos de mercado. Cross e Lynch (1994) defendem que, para o sistema ser efetivo, a

forma de divulgação das informações devia ser simples e com apelo visual – gráficos de controle, por exemplo.

Deste modo, todas as medidas de desempenho do respectivo nível hierárquico deviam ser apresentadas em conjunto para permitir uma análise e identificação dos *trade-offs* existentes entre elas. Lynch e Cross (1994) não comentam a respeito da acessibilidade dos funcionários no sistema, isto é, de um nível hierárquico ter acesso às informações de outro nível. A freqüência de coleta, processamento e divulgação devem ser adequados às necessidades de cada nível hierárquico. Nesse sentido, a arquitetura deste sistema é aberta, ficando a cargo da empresa as decisões a esse respeito.

Figura 1

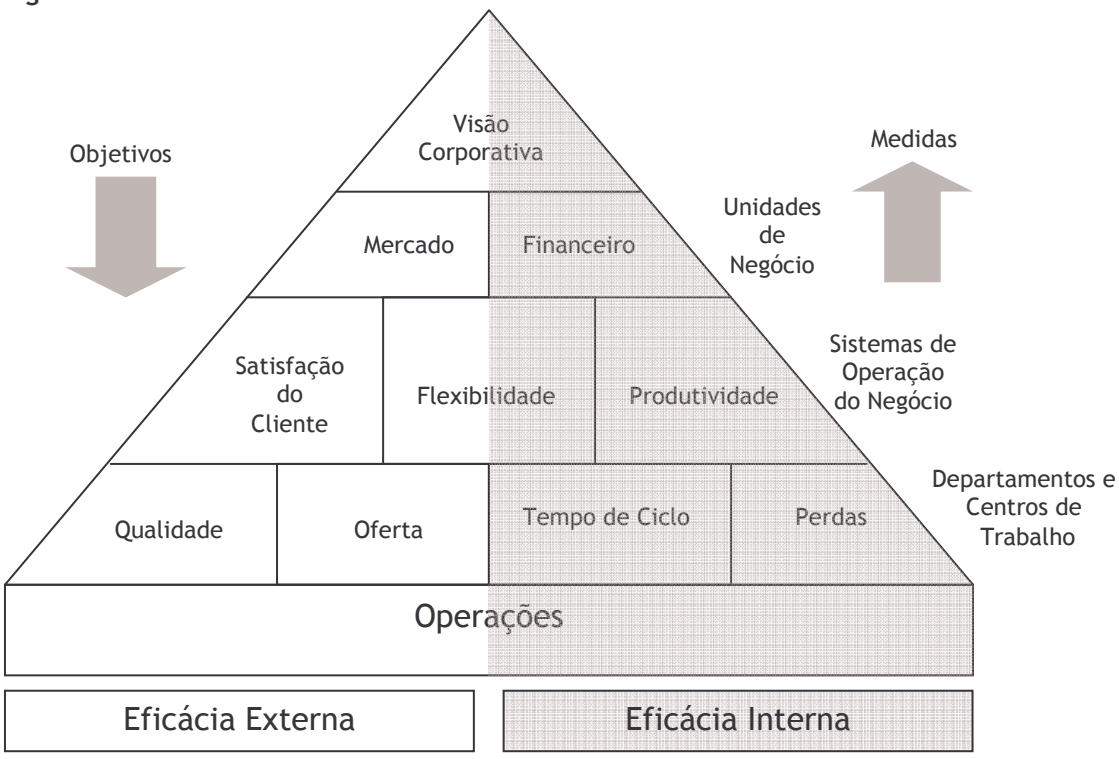


Diagrama do *Performance Pyramid* copiado de Cross e Lynch (1990 : 57) *In*: Martins (1999)

3.2.3 - *BALANCED SCORECARD (BSC)*

Pesquisas anuais realizadas pela Bain & Company (2001) procuraram verificar quais as ferramentas de gerenciamento mais usadas no Brasil e no mundo e o grau de satisfação dos gestores quanto a elas. De acordo com os resultados brasileiros, o planejamento estratégico era a mais usada como ferramenta de gerenciamento, a segunda colocada em satisfação. Já o *Balanced Scorecard (BSC)* mostrava-se uma ferramenta relativamente recente, em franca expansão. Seu uso, que era de 30% dos respondentes em 2000, aumentou para 56% em 2001. No item satisfação, aparecia como a quarta colocada, com uma nota de 4,29 em um máximo de 5.

Segundo a pesquisa, os motivos mais comuns para o uso destas ferramentas foram recalcular o preço dos produtos e otimizar o projeto de novos produtos, reduzirem custos e influenciar o planejamento estratégico e operacional.

Tratado inicialmente por Kaplan e Norton (1992) como um sistema de medição de desempenho baseado em indicadores, o *balanced scorecard* evoluiu e hoje já é possível afirmar que se trata de uma ferramenta de gestão que organiza, de forma lógica e objetiva, os conceitos e as idéias preexistentes sobre gestão da estratégia.

O *BSC* é uma ferramenta completa de acordo com seus autores Kaplan e Norton (1997) e que procura traduzir a visão e a estratégia da empresa por meio de um mapa coerente em um conjunto de medidas de desempenho, organizado segundo quatro perspectivas diferentes: financeira, do cliente, dos processos internos e do aprendizado e crescimento. Ainda de acordo com Kaplan e Norton (1997), tais medidas devem ser interligadas para comunicar um pequeno número de temas estratégicos amplos, como o crescimento da empresa, a redução de riscos ou o aumento de produtividade.

Kallás e Sauaia (2005) comentam que após o surgimento da ferramenta e suas aplicações iniciais em empresas americanas, tanto os autores como os executivos perceberam que seu escopo expandia os conceitos iniciais. Por sua vez, Kaplan e Norton (2000) observaram que as empresas bem-sucedidas do

balanced scorecard revelaram um padrão consistente na consecução do foco e do alinhamento estratégico. Notam também, que todas tinham cinco pontos em comum a que chamaram de princípios da organização focalizada na estratégia. São eles:

1. **Traduzir a Estratégia em Termos Operacionais:** Não é possível implementar a estratégia sem descrevê-la. Os mapas da estratégia e os *balanced scorecards* cuidam das deficiências dos sistemas de mensuração dos ativos tangíveis da era industrial. Os elos na mensuração das relações de causa e efeito nos mapas da estratégia mostram como os ativos intangíveis se transformam em resultados (financeiros) tangíveis. O uso pelo *scorecard* de indicadores quantitativos, mas não-financeiros (como duração dos ciclos, participação de mercado, inovação, satisfação e competências), possibilita a descrição e mensuração do processo de criação de valor, em vez da simples inferência;
2. **Alinhar a Organização para Criar Sinergias:** Este princípio representa o desdobramento do BSC corporativo para as áreas de negócio e de apoio das organizações, de acordo com uma visão organizacional, de processos ou de funções;
3. **Transformar a Estratégia em Tarefa de Todos:** As organizações focalizadas na estratégia exigem que todos os empregados a compreendam e conduzam suas tarefas cotidianas de modo a contribuir para seu êxito. Em muitos casos, adotaram-se *scorecards* individuais para a definição de objetivos pessoais. Finalmente, cada uma das organizações bem sucedidas vinculou a remuneração por incentivos ao *balanced scorecard;*
4. **Fazer da Estratégia um Processo Contínuo**: As empresas bem sucedidas na adoção do *balanced scorecard* implementaram um processo de gerenciamento da estratégia. Trata-se de integrar o gerenciamento tático (orçamentos financeiros e avaliações mensais) e o gerenciamento estratégico em um único processo ininterrupto e contínuo;
5. **Liderança Executiva para Mobilizar a Mudança:** O programa de *balanced scorecard* bem-sucedido começa com o reconhecimento de que não se trata de um projeto de mensuração, mas sim de um programa de mudança. Seguindo a orientação do BSC de Kaplan e Norton, observa-se que o foco

> inicial é a mobilização e a criação de impulso para o lançamento do processo. Após a organização ter sido mobilizada, o foco se desloca para a gerência. Por fim, de maneira gradual, se desenvolve um novo sistema gerencial estratégico que sedimenta os novos valores culturais da instituição e as novas estruturas em novo sistema de gestão.

Baseando-se nestas características, pode-se considerar o *balanced scorecard* mais que um sistema de indicadores. Ele pode ser considerado como uma estrutura organizacional básica de seus processos gerenciais. Pode ser iniciado com objetivos restritos como esclarecer, obter consenso e focalizar estratégia e depois comunicá-la a toda a empresa. Entretanto, torna-se mais importante quando deixa de ser simplesmente um sistema de medidas e se transforma em um sistema de gestão estratégica.

Estas medidas são realizadas através de um sistema de indicadores que aferem o desempenho derivado da estratégia da organização e sua capacidade de execução. O *balanced scorecard* incorpora um conjunto de medidas mais genéricas e integradas que vinculam o desempenho sob a óptica dos clientes, processos internos e pessoas em longo prazo.

Conforme descrito por Kaplan e Norton (1997), este método se desenvolve traduzindo a missão e estratégia de uma empresa em objetivos e medidas, organizados segundo quatro perspectivas diferentes: financeira, perspectiva do cliente, perspectiva dos processos internos e a perspectiva do aprendizado e do crescimento (figura 2). O scorecard cria uma estrutura para comunicar a missão e a estratégia, e utiliza indicadores para informar os funcionários sobre os caminhos do sucesso e do futuro.

Embora o *balanced scorecard* não seja uma ferramenta gerencial voltada para medir o desempenho financeiro, ele conserva a ***perspectiva financeira***, visto que as medidas financeiras são valiosas para sintetizar as conseqüências econômicas imediatas de ações já consumadas. Estas medidas financeiras de desempenho indicam se a estratégia de uma empresa, sua implementação e execução estão contribuindo para a melhoria dos resultados financeiros. Isto significa dizer que os objetivos financeiros podem estar relacionados a

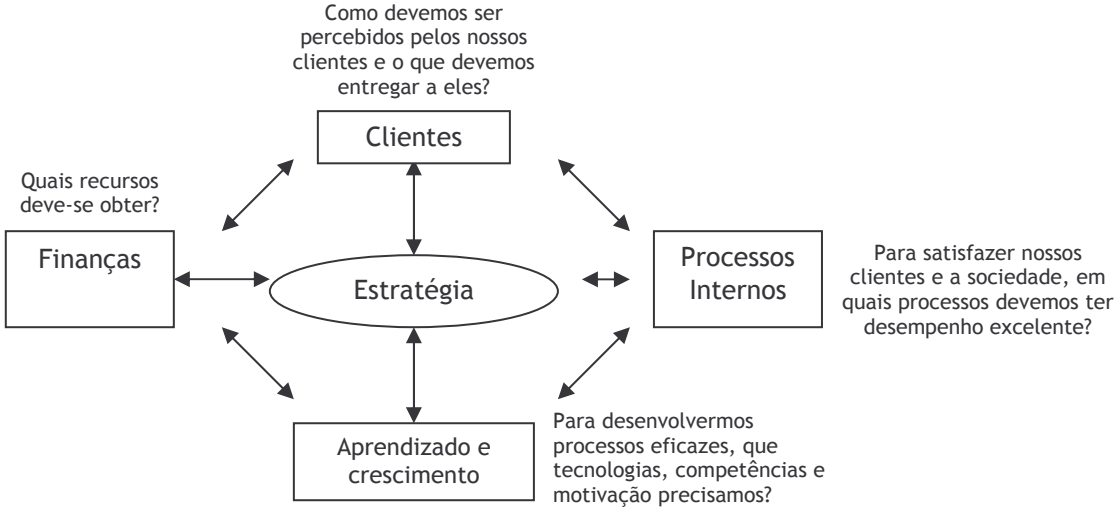
lucratividade, mas objetivos financeiros alternativos podem ser o rápido crescimento das vendas ou a geração de fluxo de caixa.

Na ***perspectiva do cliente***, o *BSC* permite que os executivos identifiquem os segmentos de clientes e mercados nos quais a unidade de negócios competirá e as medidas do desempenho desta unidade nesses segmentos-alvo. Entre as medidas essenciais de acordo com Kaplan e Norton (1997) estão a satisfação do cliente, a sua fidelização e a aquisição de novos clientes, por exemplo.

Na ***perspectiva dos processos internos***, a diretoria executiva identifica os processos críticos nos quais a empresa deve alcançar a excelência. Essas medidas estão voltadas para os processos internos que terão maior impacto na satisfação do cliente e na consecução dos objetivos financeiros da empresa. A diferença entre a abordagem tradicional e o BSC é que na abordagem tradicional o processo existente é monitorado e melhorado e até se procura ir além das medidas financeiras de desempenho, incorporando medidas baseadas no tempo e na qualidade. Entretanto, o foco se mantém na melhoria dos processos, existentes. No BSC esta abordagem pode identificar a necessidade de criação de novos processos onde a empresa deve atingir a excelência para alcançar os objetivos financeiros e os clientes.

Na ***perspectiva do aprendizado e crescimento,*** Norton e Kaplan (1997) descrevem que a empresa identifica a infra-estrutura e o que deve ser construído para gerar crescimento e melhoria a longo prazo. Como as demais perspectivas - dos clientes e dos processos internos, por exemplo - identificam fatores críticos para o sucesso, é provável que as empresas não disponham de tecnologia nem capacitação naquele momento para atingir suas metas de longo prazo. Isto significa que há necessidade, após esta identificação, de rever a infra-estrutura e se re-capacitar. O aprendizado e o crescimento organizacionais provêm de três fontes principais que são as pessoas, os sistemas e os procedimentos organizacionais.

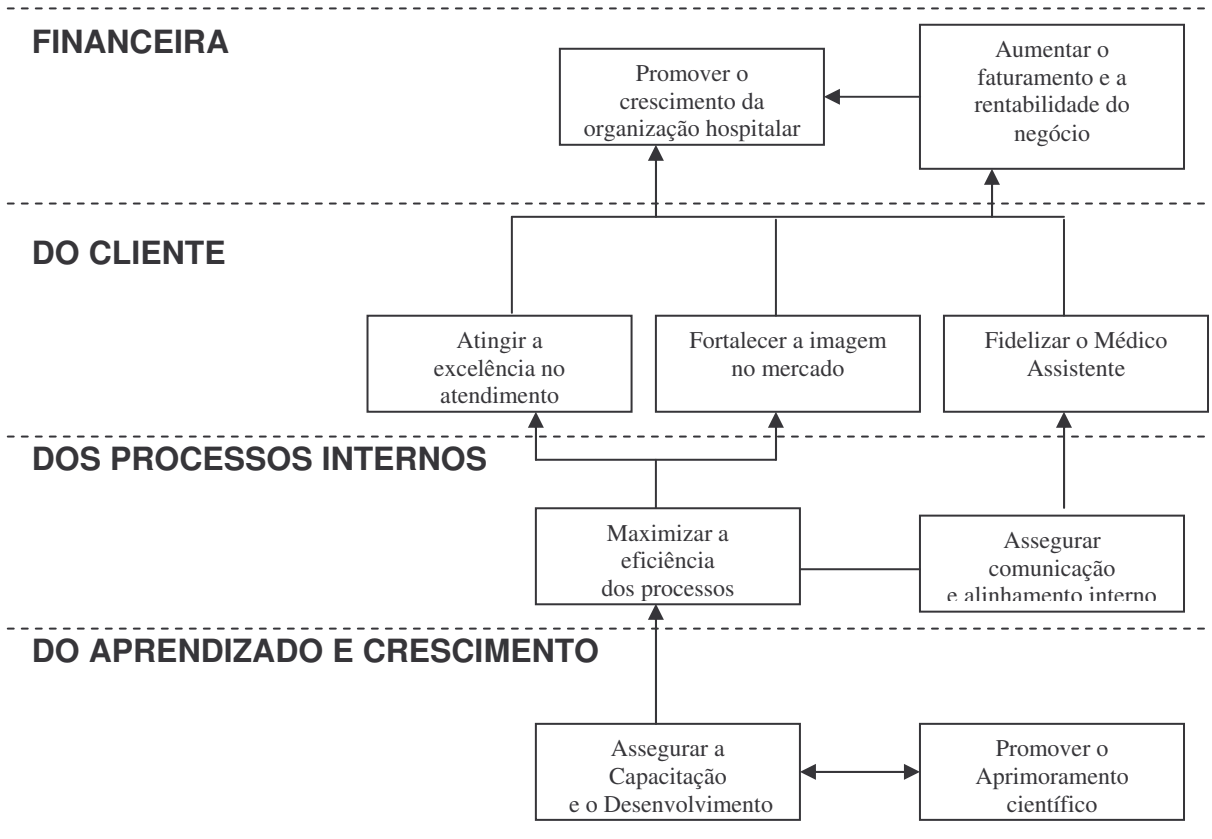
Figura 2



A estratégia e as perspectivas do BSC.
Fonte: A estratégia em ação: Balanced Scorecard. Kaplan e Norton (1997)

Ao ser aplicado em uma organização hospitalar, por exemplo, o BSC deve permear estas quatro perspectivas de modo a que elas sejam integradas entre si e criem uma relação de causa e efeito (figura 3).

Figura 3



Relação de Causa e Efeito em um Mapa Estratégico baseado no BSC. ***Fonte: A Estratégia em Ação: Balanced Scorecard. Kaplan e Norton (1997).***

Pode-se então salientar que vários gestores da área de saúde estão introduzindo a metodologia BSC. Além de trazer o alinhamento da missão e da estratégia, conforme mencionado anteriormente, ela tem um foco voltado para o cliente monitoriza e avalia a implementação da estratégia; e provê a comunicação e os mecanismos de colaboração. Ela apropria o desempenho organizacional em todos os níveis e permite um *feedback* na estratégia e promove ajustes as variações que ocorrem.

Inamdar, Kaplan e Bower (2002) avaliaram nove instituições onde o *Balanced Scorecard* foi implementado. Os gestores daquelas unidades foram questionados em relação a seis itens no estudo:

1. Qual o papel do BSC em relação à missão, visão e a estratégia bem definida;
2. a motivação em adotar o BSC;
3. A diferença entre o BSC e os outros sistemas avaliados;
4. Qual o processo seguido para o desenvolvimento do BSC;
5. Os desafios e barreiras durante o desenvolvimento e implementação do processo;
6. Os benefícios obtidos pela organização em relação à adoção e uso;

Os gestores relataram que a estratégia de implementação do *BSC* poderia ser aplicada com sucesso nas organizações hospitalares e de saúde em geral, permitindo a estas organizações melhorar sua posição no mercado competitivo, através da satisfação dos clientes e dos resultados financeiros advindos com esta metodologia. Concluem aqueles gestores que o *BSC* deveria servir de *Protocolo* para que outras instituições de saúde apropriem os benefícios deste sistema gerencial de desempenho.

Chow et al (1998) chamam a atenção para o fato de que as mudanças do ambiente hospitalar requeriam mudanças fundamentais na gestão destas organizações e que o BSC era a ferramenta gerencial que melhor se adequava a estas mudanças. Assim, avaliaram a opinião de diferentes gestores de alto escalão em diversas instituições que haviam medido o desempenho individual de cada uma delas, que por sua vez haviam

implementado o BSC como ferramenta gerencial. Embora em sua maioria os gestores comentassem as dificuldades à implementação do BSC da concepção à prática, todos concluíram que esta metodologia é altamente efetiva quando utilizada.

Zelman (2003) também faz uma revisão do uso do BSC nos cuidados da saúde e conclui que o *Balanced Scorecard* é relevante para utilização nesta área, é necessária e bem-vinda. Contudo, devem ser feitas modificações nas realidades que refletem as áreas relacionadas à indústria. Na saúde, o BSC tem sido modificado de forma bastante salutar para incluir perspectivas tais como qualidade dos cuidados, resultados e acesso.

A recente crise da saúde no Município do Rio de Janeiro, culminando em uma intervenção federal, trouxe a público a existência de fortes deficiências na gestão hospitalar pública. Também são notórios os problemas de gestão de muitos hospitais privados. Silva e Prochnik (2005), por exemplo, mostram que alguns hospitais não têm sequer indicadores para um acompanhamento regular da gestão. Neste contexto, é relevante comentar as iniciativas dos hospitais líderes por uma gestão de maior qualidade. Entre os hospitais brasileiros, destaca-se o Hospital Nove de Julho, detentor de vários prêmios de qualidade e atendimento.

O Hospital Nove de Julho, em São Paulo, desenvolveu e implementou no ano de 1995 o Programa pela Gestão da Qualidade Total. Na época, foram aplicados conceitos básicos de qualidade para serviços de saúde e planejamento estratégico para a qualidade e toda uma reestruturação da organização voltada para o cliente.

A virada do milênio trouxe a necessidade de medir o desempenho institucional e adotar medidas gerenciais. Foi instituído o *Balanced Scorecard* como ferramenta de gestão, que organizou os conceitos e as idéias preexistentes à estratégia institucional. As conseqüências desta iniciativa foram o prêmio Top Hospitalar em 2002, o mais importante do setor, cuja seleção é feita pelos principais profissionais de saúde do país. Em 2003, o Hospital foi avaliado de acordo com as diretrizes da Organização Nacional de Acreditação, e por

apresentar conformidade com todos os requisitos foi considerado como Hospital Acreditado Pleno - Nível 3. (portal do hospital nove de julho, www.hospital9dejulho.com.br).

Outro hospital não menos importante no cenário nacional, o Instituto de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti – HEMORIO - também adotou a metodologia *balanced scorecard*. Desde 1994 aquela instituição vem promovendo o planejamento estratégico com a adoção desta ferramenta gerencial com resultados bastante surpreendentes (portal do hospital Hemorio, http://www.hemorio.rj.gov.br)

Carvalho, Silva e Proschnik (2005) concluem que o BSC é perfeitamente adaptável a hospitais brasileiros, podendo requerer algumas modificações para ajustar-se a realidade dos mesmos. Uma dificuldade encontrada para implementação do BSC foi a adaptação cultural requerida para a utilização dos indicadores e para o gerenciamento de informações provenientes do modelo.

Um dado que nos dá idéia da popularidade dessa ferramenta é o número de páginas relacionadas ao assunto que se pode encontrar em um site de busca na internet com mais de 75.000 páginas em português e mais de 2.400.000 citações[22] em 2007.

Apesar de ser aclamado como a principal inovação nos últimos 75 anos em sistemas de gestão empresarial, Costa e cols (2003) apontam críticas e limitações ao seu uso e implantação como, por exemplo, o fato do *Balanced Scorecard* não identificar se a estratégia concebida pela organização está coerente com a estrutura e as limitações que ela possui. Os autores comentam ainda que o *BSC* é pouco flexível às mudanças estratégicas, ou seja, uma vez iniciada o confronto estratégico, fica-se preso à aquilo que se programou, mudanças, só antes ou depois. Esta ferramenta considera ainda igual importância entre os indicadores nas diversas perspectivas descritas. Desta forma, é possível que um conjunto de indicadores apresente valores satisfatórios e outro conjunto de indicadores não satisfatórios.

[22] Pesquisa feita no site do google (www.google.com.br) em 16 de outubro de 2007.

Um aspecto positivo e constante da literatura é que o *BSC* se apresenta como um importante instrumento de gestão, para todos os tipos de instituições que têm por objetivo oferecer maior qualidade de serviços aos pacientes, melhorando os aspectos internos da organização. Todavia, verifica-se também que a sua implantação pode ter um custo elevado, pois os custos de um sistema que monitora um grande número de indicadores quantitativos e qualitativos podem ser maiores que os ganhos que esse sistema gera. Os custos estão relacionados aos investimentos no desenvolvimento em sistemas de informação para extrair informação de bases de dados diversas, que são freqüentemente incompatíveis, Alcaro (2003).

A literatura e os trabalhos desenvolvidos sobre *BSC,* apontam mais fatores positivos à implantação do modelo do que críticas ou limitações. Verifica-se também que é necessário um longo prazo e um alto custo para implantação, que podem ser minimizados pela expectativa de um retorno compensador. Ao final da implantação a empresa terá constituído uma excelente ferramenta de gestão empresarial.

3.2.4 - INTELIGÊNCIA ORGANIZACIONAL

Inteligência Organizacional é a capacidade coletiva disponível em uma organização para identificar situações que justifiquem iniciativas de aperfeiçoamento, conceber, projetar, implementar e operar os sistemas aperfeiçoados, utilizando recursos intelectuais, materiais e financeiros. Os principais responsáveis pelo processo de aperfeiçoamento das organizações são os administradores, executivos, planejadores e gerentes. Estes agentes executam atividades eminentemente intelectuais.

Os recursos intelectuais são as ferramentas básicas que os agentes do processo de aperfeiçoamento não podem deixar de usar, se desejam executar suas tarefas com proficiência. Entre elas temos:

- as informações gerenciais necessárias para apoiar a tomada de decisões adequadamente fundamentadas;
- os conhecimentos de interesse sobre os processos que a organização precisa realizar, indispensáveis para definir as informações relevantes para gerenciá-la;
- a linguagem organizacional, que descreve a realidade da organização, reflete os conhecimentos por ela dominados, permite expressar as informações relevantes e dá suporte à Comunicação Organizacional.

As empresas fazem parte do mundo dos negócios e esse visa lucro, com o retorno dos capitais investidos no menor tempo possível. Numa esfera altamente competitiva como esta, as informações assumem um papel fundamental no sucesso dessa empreitada. Face a enorme quantidade de informações que são produzidas diariamente, necessita-se de critérios para selecionar e organizar os dados que interessam.

Como não poderia deixar de ser, os sistemas de informações prestam uma grande contribuição nesse sentido. Esses sistemas proporcionam lucros quando permitem que uma maior quantidade de bens seja produzida, uma maior quantidade de clientes seja atendida, a satisfação e fidelização dos mesmos sejam conquistadas e, finalmente, permitem uma melhor alocação dos recursos

disponíveis, gerando economia e, conseqüentemente, maximização dos lucros nas organizações privadas.

Obtendo essas informações rapidamente e de forma estruturada, a empresa sairá na frente, descobrindo os problemas e com seus produtos possibilitando corrigi-los com mais velocidade. Assim, irá saber se seus clientes estão satisfeitos e poderá definir novas estratégias para expansão no mercado. Em uma economia globalizada e veloz essas tecnologias são um grande diferencial competitivo, havendo registros de vários casos de sucesso quando são aplicadas.

Mas o ponto mais importante nessa mistura de tecnologias é o da empresa poder direcionar todo seu capital intelectual para a sua devida função, que é pensar. Os gerentes e diretores poderão ter as informações rapidamente e também terão mais tempo para melhorarem todos os seus processos e analisarem mais os seus dados, que passarão a ser valiosas informações.

A Inteligência Organizacional pode ser entendida como um conceito que envolve a Inteligência Competitiva (CI) e a Gerência de Conhecimento (KMS), IBI (*Internet Business Intelligence*), pesquisa e análise de mercado, relacionadas à nova era da Economia da Informação, dedicados à captura de dados, informações e conhecimentos. Estes elementos permitem às organizações competirem com maior eficiência no contexto atual, pois se trata em verdade de um conjunto de ferramentas utilizado para manipular uma massa de dados operacional em busca de informações essenciais para o negócio.

O que é então uma Organização Inteligente? É aquela que possui mecanismos disseminados de integração, visualização e exploração da informação, ferramentas para visualizar e interpretar um mundo complexo oferecendo respostas adequadas voltadas para as necessidades.

3.2.5 - SISPLAN – O SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DO INCA[23]

O planejamento estratégico no INCA é um processo em contínua evolução, que se iniciou em 1993 com a definição da Missão e dos Objetivos Institucionais. A partir de um primeiro esboço, desenvolvido em 1994, o Plano Estratégico do Instituto tem evoluído, a cada ano, não só na sua concepção como, também, na sua execução. Este planejamento busca adequar o Instituto às orientações governamentais e atender à necessidade interna de organizar e avaliar o seu próprio desempenho, pois o INCA é o órgão do Ministério da Saúde responsável pela coordenação das ações nacionais de prevenção e controle do câncer no Brasil. O câncer é considerado, hoje no Brasil, um problema de saúde pública e, por conseguinte, causa um impacto considerável na qualidade de vida da população.

Visando à modernização da gestão institucional, foi proposta no INCA a implementação do *Balanced Scorecard* em 2002, por ocasião da discussão do planejamento estratégico 2003-2004. Na ocasião, o *Balanced Scorecard* se apresentava como um sistema de medição do desempenho, balanceado, que avaliaria se os objetivos institucionais estavam sendo atingidos, do ponto de vista global e não apenas setorial. Várias foram as discussões durante aquele ano para sua introdução no INCA a partir do ano seguinte.

Entretanto, em março de 2003, ocorreu uma mudança dos rumos governamentais e subseqüente mudança da direção do INCA e a introdução de um novo gestor. Foi um período desastroso para a instituição, pois ocorreu um emperramento da máquina administrativa, causando grandes problemas para o Instituto que sempre havia sido conhecido como uma instituição pública com agilidade de empresa privada.

As mudanças não foram apenas administrativas e conceituais, pois em agosto do mesmo ano - após uma crise administrativa de desabastecimento - sem precedentes em sua história, com grande exposição negativa na mídia - o INCA

[23] As informações aqui prestadas a respeito do SISPLAN são oriundas de documentos internos do INCA e do conhecimento pessoal pelo autor sobre o desenvolvimento desta ferramenta gerencial. Assim, a maior parte do texto não é referenciado bibliograficamente pelo ineditismo da ferramenta gerencial. (N.A.)

sofreu uma intervenção federal com a conseqüente nomeação de um novo gestor para os seus quadros. O novo gestor oriundo da FIOCRUZ José Gomes Temporão, hoje Ministro da Saúde, trouxe consigo o modelo de gestão por instâncias colegiadas.

Com a implementação deste novo modelo de gestão no INCA, foram ampliados e estruturados os espaços de discussão dentro do Instituto Nacional de Câncer. Tendo como premissa a implementação de um Modelo de Gestão Participativo e Compartilhado, foram criados espaços colegiados de debate e decisão tais como o Conselho Deliberativo, órgão máximo da Instituição, responsável pelos aspectos estratégicos e, como órgãos assessores do Conselho Deliberativo, as Câmaras Técnico-Políticas (Atenção Oncológica, Desenvolvimento Institucional, Ensino e Pesquisa). Para o acompanhamento tático-operacional, foi criada a Diretoria Executiva, que se reúne semanalmente. Dentre as atividades do Conselho Deliberativo assume papel importante à definição de políticas de alocação orçamentária que resulta no Plano Anual de Alocação de Recursos, cabendo à Diretoria Executiva o acompanhamento da execução orçamentária e a definição de Planos de Ação de Ajustes, caso seja necessário.

Estas instâncias criaram um Sistema de Gestão Colegiado para atender aos princípios da gestão participativa e compartilhada e têm as seguintes funções:

- **Conselho Deliberativo:** Instância máxima para tomada de decisões do Instituto. Possui uma composição multidisciplinar e é responsável pela formulação da política institucional. É assessorado pelas Câmaras Técnico-Políticas;
- **Diretoria Executiva:** Composta pelos principais gestores do INCA, é responsável pela implantação e acompanhamento das diversas atividades e projetos que ocorrem na Instituição;
- **Câmaras Técnico-Políticas:** Órgãos assessores do Conselho Deliberativo, funcionam como instâncias de debate institucional. Têm composição multidisciplinar, não hierarquizada, estando abertas à participação de funcionários e convidados externos, visando à discussão de temas técnico-politicos de relevância e o acompanhamento de projetos e atividades. Pode ser demandada

para discussão de temas institucionais pela Diretoria Executiva e pelo Conselho Deliberativo;

- **Conselho de Bioética (CONBIO – INCA):** Instituído em 1999, assessora a Direção Geral quanto à ética constante da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Analisa também os conflitos morais referentes à prevenção, educação, pesquisa, tratamento e cuidados paliativos, no contexto da oncologia, em questões submetidas pela Direção Geral tendo em vista questões normativas;
- **Conselho Consultivo do INCA (CONSINCA):** É formado por entidades de âmbito nacional, sendo presidido pelo Diretor Geral do INCA. Cabe a este Conselho se pronunciar, quando for consultado, sobre temas de importância estratégica na prevenção e controle de câncer no país;
- **Conselhos Gestores das Unidades Hospitalares:** São órgãos colegiados permanentes, de gestão participativa, com a finalidade de assegurar a participação da população no acompanhamento e fiscalização da execução das políticas e ações de saúde, no âmbito de atuação da unidade, em conformidade com os princípios e diretrizes dispostos na Constituição Federal e nas leis 8080/90 e 8142/90.

Como o INCA estava passando por um momento de extrema gravidade, decidiu-se que, a princípio, para desenvolver as suas atividades, o Instituto observaria o critério de utilização da base histórica de alocação de recursos nas unidades de produção para, a partir daí, definir novos critérios. Na tentativa de proporcionar novos recursos para o desenvolvimento de projetos, principalmente nas áreas de prevenção, ensino, pesquisa e desenvolvimento institucional, foram estabelecidas metas de redução de gastos em custeio de 10%. Porém, o surgimento constante de novas tecnologias e a demanda por incorporação tecnológica dificultou este processo.

Nesta ocasião, foi retomada a discussão sobre a necessidade de uma ferramenta gerencial que desse suporte às decisões, mas que também servisse de base ao planejamento institucional. A pouca informação sobre a utilização do *balanced scorecard* nos serviços públicos de saúde e o não aprofundamento do debate sobre esta ferramenta gerencial no INCA naquele período fizeram com que a adoção do *balanced scorecard* fosse desconsiderada.

A mudança da gestão, contudo, não descartou a utilização de uma ferramenta que fosse capaz de instrumentalizar o novo Modelo de Gestão do Instituto - participativo e compartilhado - no qual a pactuação de metas deveria ser feita em todos os níveis da instituição. Os novos gestores, cientes dessa necessidade, decidiram pelo desenvolvimento de uma ferramenta gerencial com recursos próprios e baixo custo operacional, utilizando recursos humanos da Divisão de Tecnologia da Informação e da Divisão de Planejamento. Desta forma, foi criado o Sistema de Planejamento (SISPLAN), cuja função entre outras é a de prover transparência aos processos decisórios, integração em vários níveis institucionais e facilitar o acompanhamento de ações internas da Instituição.

O SISPLAN é uma ferramenta gerencial que hoje tem importância fundamental dentro do modelo de gestão do INCA, que vem redesenhando os espaços institucionais de decisão, discussão de políticas e contribuição de consenso.

Sua importância é fundamentada na participação de todos os funcionários da instituição na elaboração de suas atividades e projetos, facilita o acompanhamento dos objetivos e metas pela intranet[24] (ambiente de fácil acesso dos funcionários) e expõe para todo o INCA suas prioridades, reflexo das deliberações. Estes aspectos do SISPLAN o tornam uma ferramenta gerencial que provê transparência aos processos decisórios e no acompanhamento das ações internas da instituição.

Sua criação foi baseada em uma proposta para implantar um sistema de planejamento e gestão orçamentária de forma transparente. O objetivo estratégico principal deste instrumento é promover o desenvolvimento e a incorporação de ações próprias de uma gestão participativa e compartilhada, focada em resultados, que servem de base na ampliação da cultura organizacional. Outro aspecto não menos importante foi o intuito de sistematizar o processo de planejamento e gestão orçamentária institucional, tornando-o transparente, descentralizado e com o foco nos resultados. Os depoimentos relativos ao

[24] Intranet - rede de informações gerenciais que permite ao funcionário, de acordo com seu nível de privilégio, acesso ao conteúdo institucional colocado na rede interna de computadores, neste caso a do INCA. (N.A.)

SISPLAN que foram concedidos pelos gestores do INCA encontram-se disponibilizados na seção de anexos desta tese (anexo – B, depoimento dos gestores)

Na construção desta sistemática, foram consideradas primordialmente as prioridades institucionais, entendendo que a eficiência deveria nortear a gestão e que para isso necessitaria ver consolidadas as relações de confiança e credibilidade em relação a dados e informações que suportariam as tomadas de decisão. Esta estrutura montada teria como conseqüência imediata permitir a construção de um sistema de avaliação de desempenho por indicadores para todas as atividades e projetos.

Por intermédio do SISPLAN é possível, por exemplo, priorizar a disponibilização de recursos para a aquisição ou incorporação de novas tecnologias nos diversos níveis da instituição, pois se trata da sistematização dos pedidos de compra de materiais através da criação de projetos de âmbito institucional. Esta ferramenta gerencial permite a incorporação de elementos para facilitar a decisão, uma decisão descentralizada baseada nas prioridades e metas institucionais. Qual o equipamento mais importante? Qual o de maior benefício? Qual a melhor relação custo x efetividade? Estas questões são incorporadas ao projeto e respondidas por ocasião da análise na Câmara Técnico-Política (CTP)[25] para qual o projeto for encaminhado.

A alocação de recursos dos projetos obedece ao fluxo estabelecido no Modelo de Gestão, que parte do princípio de que qualquer funcionário da Instituição pode submeter um projeto à aprovação. Uma vez aprovado pelas instâncias superioras, o projeto é encaminhado a uma das Câmaras Técnico-Políticas, que formulará parecer para o Conselho Deliberativo, que toma a

[25] Do ponto de vista operacional, as Câmaras Técnico-Políticas são comitês multidisciplinares compostos por profissionais do INCA de diversos setores (saúde, engenharia e administração entre outros) e que analisam os projetos encaminhados para o SISPLAN e o graduam (dão nota). A partir desta análise os projetos aprovados são encaminhados para o Conselho Deliberativo (CD) onde serão submetidos à priorização de acordo com as diretrizes e metas da Instituição. (N.A.).

decisão sobre aprovação e conseqüente implantação do projeto[26] (vide fluxo na figura 4).

Uma vez implementado, o projeto passa a ser de domínio institucional e o seu acompanhamento acessível a toda a Instituição. Mensalmente, os mapas de acompanhamento físico-financeiro são atualizados. Tanto os recursos executados, bem como as metas alcançadas, são acompanhados mensalmente por meio do Painel de Indicadores Institucionais e do aplicativo de Acompanhamento de Execução Orçamentária.

Para melhor exemplificar estes aspectos e fluxos, considerem-se os seguintes cenários:

No primeiro, o gestor de uma das unidades assistenciais do INCA precisa solucionar o gargalo da fila de pacientes cirúrgicos. Ele observa que um dos motivos que causam impacto no tempo de espera desta fila é a demora da marcação de exames de imagem como a tomografia, e que os equipamentos, mesmo funcionando em sua capacidade máxima, não conseguem dar vazão ao número de pedidos.

O segundo cenário mostra a necessidade da aquisição de novos ventiladores artificiais para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), já que o número desses equipamentos encontra-se deficitário. Tal situação também tem provocado um gargalo na fila de pacientes cirúrgicos, pois reduz a oferta de leitos da UTI para os pacientes de maior complexidade - com a necessidade de ventilação artificial no pós-operatório - ocasionando a suspensão sistemática de cirurgias de maior complexidade. Estas suspensões criam um fluxo inverso negativo, já que a suspensão de cirurgias implica em menor resolução no tratamento dos pacientes internados, maior tempo de permanência, subseqüente redução do número de vagas e conseqüente aumento na fila de espera dos pacientes cirúrgicos.

Este é apenas um dos vários exemplos de decisões de alocação de recursos que envolvem nossos gestores todos os dias. São decisões de difícil

[26] Este fluxo foi aprovado em reunião do Conselho Deliberativo do INCA em 17 de maio de 2004 assim como o Plano de alocação de recursos do Ciclo 2004;

deliberação, pois envolvem uma série de fatores, não somente do ponto de vista administrativo, mas principalmente do ponto de vista da qualidade assistencial prestada. Não se trata apenas da aquisição pura e simples de um determinado material e sim da solução de um problema muito maior, que é neste exemplo a impactação da fila de espera de pacientes, acarretando o risco do agravamento da doença enquanto aguarda o exame, com possibilidade real de perder o momento cirúrgico. Como resolver esta equação? O SISPLAN provoca uma decisão técnica e política, sem a interferência de aspectos pessoais ou *"achismos"* que possam favorecer este ou aquele, não comprometendo por sua vez a posição do gestor.

Em nosso exemplo, caberá a cada um dos responsáveis dos Serviços de Terapia Intensiva e Radiologia a criação de um projeto onde estarão incluídos, além dos custos do projeto, a descrição do processo, o que será feito e como, a capacidade de atendimento às demandas identificadas, a seqüência lógica das ações, interdependência e conexões entre elas, e duração de cada uma das etapas. São necessárias também as especificações para a realização da ação, como recursos humanos, físicos (obra ou reforma), materiais de consumo e permanente (equipamentos), além de capacitação de pessoal. Finalmente, mas não menos importante, a previsão de recursos financeiros (despesas e receitas), inclusive para manutenção e a indicação das fontes de recursos: Ministério da Saúde, Fundação Ary Frauzino[27] (FAF) ou outros (fontes externas).

O passo seguinte após a elaboração e identificação destas informações é o cadastramento do projeto pela intranet no *"programa"* SISPLAN (as configurações e o detalhamento com as diversas telas estão disponíveis ao final desta tese na seção de anexos).

---

[27] A Fundação Ary Frauzino (FAF) é uma entidade filantrópica de direito privado, que presta assistência social e é dotada de autonomia patrimonial, administrativa e financeira. Foi criada em 1991 por quatro médicos do Instituto Nacional de Câncer, a saber: Dr. Marcos Fernando de Oliveira Moraes - na época Diretor-Geral - e seus colaboradores Jayme Brandão de Marsillac, Ulpio Paulo de Miranda e Magda Cortês Rodrigues Rezende. O objetivo da FAF é apoiar o INCA em sua função de órgão normativo e executor da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, bem como firmar parcerias com pessoas e instituições que desenvolvam atividades voltadas ao combate ao câncer no País. Os recursos administrados pela FAF provêm do ressarcimento da prestação de serviços médico-assistenciais do INCA ao SUS, de doações de pessoas físicas e empresas, de convênios e contratos de patrocínio, e são aplicados em projetos do Instituto. **Fonte FAF (www.faf.org.br)**

O cadastramento do projeto tem de ser vinculado a um dos objetivos estratégicos do INCA como *"Contribuir para o desenvolvimento tecnológico do complexo produtivo da saúde"* no exemplo que mencionamos. Após o cadastramento e envio do projeto através do sistema, o mesmo segue o fluxo normal demonstrado na figura 4 até que seja aprovado pelo Conselho Deliberativo (CD), ou seja, devolvido para o autor do projeto, pela chefia, para fazer as alterações recomendadas. Então seu status mudará de "liberado" para "fechado"; e o fluxo de aprovação terá sido concluído.

Assim, caberá a cada um dos chefes de serviço desenvolver o melhor projeto para que por ocasião da análise na CTP, ele obtenha a pontuação necessária à sua aprovação e implantação no INCA.

Este modelo de decisão permite ao gestor uma alocação de recursos mais apropriada, evitando-se a aquisição de equipamentos ou tecnologias que por falta do devido conhecimento técnico, por vezes acabam subutilizadas ou, do ponto de vista administrativo, não representam naquele momento o pensamento institucional.

O SISPLAN foi construído baseado em algumas premissas essenciais, a saber:

1. Programas de trabalho categorizados que se remetem às atividades do dia-a-dia e aos projetos a serem desenvolvidos dentro da Instituição, sejam eles de modificação ou incorporação tecnológica ou até mesmo um novo processo ou atividade. No SISPLAN, são cadastradas todas as atividades e projetos, permitindo ao INCA conhecer o que ocorre internamente. Este dado permite aos gestores definir a alocação de recursos baseada nas diretrizes e prioridades institucionais.
2. Todas as atividades e projetos estão relacionados a objetivos estratégicos e linhas de ação, o que possibilita o alinhamento dos projetos e atividades às diretrizes institucionais;
3. Pactuação dos objetivos e das metas com indicadores por centro de custo. Isto é importante para o comprometimento de todos com os resultados a serem alcançados;

4. Monitoramento dos objetivos estratégicos para o alcance da VISÃO do INCA. Da mesma forma que na premissa 2, permite que o alinhamento dos objetivos estratégicos mantenha o INCA na trilha do alcance da sua visão;
5. Transparência e acessibilidade das ações, alocação de recursos e informações a funcionários em todos os níveis (INTRANET). Este é o item que traduz a base para uma gestão compartilhada e participativa com transparência, onde todos têm acesso às informações;
6. Integração institucional (gestão participativa e compartilhada), neste caso o SISPLAN permite a aplicação da filosofia básica do modelo de gestão;
7. Responsabilidade social com a disponibilização das informações via INTERNET. Os processos são ágeis, acessíveis por todos e transparentes;
8. Todas as etapas do ciclo administrativo do PDCA são contempladas e incluem o planejamento, execução, monitoramento, avaliação e certamente o re-planejamento;
9. Decisão agilizada. A descrição acima é o maior exemplo;
10. A informatização do processo. O SISPLAN é um aplicativo amigável ao usuário, com apresentações padronizadas e de fácil manuseio e simples compreensão. Além disso, é auto-explicativo, com ícones identificando cada aplicação. Por fim, algo muito importante em um modelo de gestão, que é o fato de evitar a duplicidade de trabalho.

Esta ferramenta teve como base inicial para seu desenvolvimento o fato de que planejar, inclui o ato de pensar e agir dentro de uma sistemática analítica, orientada sobre a realidade, prevendo e antevendo situações, com vistas ao alcance de objetivos, por intermédio do melhor uso dos recursos disponíveis. Para atender o novo modelo de gestão, decidiu-se introduzir um instrumento que abrangesse todo o INCA, de fácil compreensão e que contemplasse todas as ações já desenvolvidas e a serem desenvolvidas na Instituição, com foco na otimização dos recursos e em resultados concretos.

O fato de ter sua criação e desenvolvimento dentro do Instituo propiciou a construção de um sistema informatizado, no ambiente da INTRANET, de fácil acesso a toda a Instituição. Isso torna o processo transparente e integrado, já que

qualquer usuário pode acessá-lo para consultar as atividades e projetos, permitindo ao INCA conhecer, de uma maneira global, seus objetivos e metas.

Uma outra vantagem do SISPLAN é o desmembramento de todas as ações institucionais em projetos e atividades[28], permitindo que a alocação de recursos seja analisada sob um enfoque amplo, com todas as suas interfaces, otimizando esses recursos e garantindo que todas essas ações estejam contempladas no orçamento institucional de forma bastante clara. Do mesmo modo, a associação de pelo menos um indicador para cada atividade ou projeto contribui para a construção de um sistema de acompanhamento com pactuação de metas e avaliação de desempenho.

O SISPLAN como qualquer outra ferramenta gerencial, necessita fundamentalmente da atuação dos gestores como fomentadores e catalisadores do processo de decisão compartilhada, porquanto todas as informações das atividades e projetos cadastrados são encaminhadas para sua análise. Esta, por sua vez, deverá reunir os atores envolvidos para discussão e consenso, e só depois deliberar, para dar continuidade ao fluxo ou interrompê-lo, caso o projeto não esteja entre as prioridades da área.

Conforme mencionado anteriormente, o acesso ao SISPLAN é feito através da INTRANET, por qualquer funcionário do INCA. Para tanto, é necessário ter uma senha cadastrada no sistema interno do INCA, que pode ser solicitada através de um email para o setor de Tecnologia da Informação, por parte da chefia imediata, requisitando senha para utilização da INTRANET e do SISPLAN informando para isso o nome e a matrícula do funcionário.

Após o cadastramento inicial, o projeto segue pelo próprio SISPLAN para a chefia imediata, que decidirá (se já não o havia feito antes com o autor) pelo encaminhamento para análise em uma das Câmaras Técnico-Políticas, a saber:

- Câmara Técnico-Política de Atenção Oncológica, cujos objetivos são:

[28] Atividades e Projetos – ações empreendidas de forma contínua, no dia a dia da instituição inovações e /ou modificações significativas a serem realizadas nos processos ou nas atividades desenvolvidas no Instituto e, ainda, a incorporação de tecnologia; os projetos são executados por um tempo determinado, após o qual podem vir a se tornar uma atividade.

- A discussão de questões da promoção da saúde e prevenção do câncer;
- A discussão do modelo assistencial do INCA e da Rede de Atenção Oncológica;
- A elaboração de diretrizes clínicas por tipo de câncer;
- A elaboração de planos nacionais de saúde por tipo de câncer.

- Câmara Técnico-Política de Incorporação Tecnológica[29] que tem como objetivos:
  - Avaliação de projetos, atividades e formulação de pareceres e políticas sobre a incorporação ou modificação de tecnologias, processos, atividades;,
  - Conhecimentos e soluções para a Rede de Atenção Oncológica;
  - Análise de custo efetividade com prospecção tecnológica;
  - Promover a cultura de auditoria tecnológica;
  - Análise de maturidade ou de impacto competitivo, social ou ambiental das tecnologias.

- Câmara Técnico-Política de Inovação Científica, que tem como propostas:
  - Definição e desenvolvimento de linhas de pesquisa;
  - Avaliação e controle de projetos estratégicos baseados na pesquisa;
  - Proposições para uma política nacional de pesquisa e desenvolvimento em oncologia.

[29] Para atender a demanda por análises mais criteriosas foi criada em 2005 a Câmara Técnico-Política de Incorporação Tecnológica. A semelhança das demais, esta também é um órgão assessor do Conselho Deliberativo. É uma instância de debate institucional, visando à discussão de temas técnico-políticos no campo tecnológico mediante os focos da incorporação ou modificação de tecnologia (conjunto de conhecimentos e princípios científicos que se aplicam a um determinado ramo da atividade), processo (maneira pela qual se realiza a operação segundo determinadas normas, métodos e técnicas) e atividade (qualquer ação ou trabalho específico); gestão do conhecimento; análise custo x efetividade; incorporação do conhecimento e soluções a Rede de Atenção Oncológica e qualidade de atendimento e tratamento aos pacientes.

- Câmara Técnico-Política de Informação, Ensino e Comunicação.
    - Formulação do plano de gerência da informação do INCA;
    - Formação estratégica de especialistas para a atenção oncológica;
    - Capacitação de profissionais para o INCA e o SUS;
    - Elaboração de programas de ensino a distância;
    - Formulação de estratégias de comunicação interinstitucional;
    - Divulgação da informação sobre câncer.

- Câmara de Desenvolvimento Institucional, cujas propostas são:
    - Estudo da melhoria dos processos administrativos;
    - Discussão de mecanismos de financiamento;
    - Elaboração de ferramentas de gestão e sua aplicação;
    - Discussão dos modelos de governança e interface com Ministérios

Nestas Câmaras - que contam com funcionários de várias categorias profissionais - os projetos são graduados de acordo com quatro premissas básicas que são:

- **Viabilidade Operacional;** que é a capacidade operacional da Instituição para desenvolver o projeto, levando em consideração a governabilidade institucional sobre ele, o conhecimento das técnicas demandadas, seus insumos necessários e os aspectos políticos que permitam sua execução;
- **Impacto;** que mede de que forma o cumprimento das metas pré-estabelecidas no projeto interferem positivamente no seguinte conjunto de fatores: alcance dos objetivos da Instituição, resolução do problema proposto, influência sobre outros projetos / atividades e melhoria do desempenho;
- **Custo do Adiamento;** trata-se de verificar em que nível a não execução de um determinado projeto, e a conseqüente não intervenção sobre uma dada realidade, vai interferir na permanência da situação presente, dificultando os processos de mudança e melhoria da qualidade dos serviços e/ou produtos;
- **Relevância Pública;** avalia de que forma um projeto contribui para que a Instituição atenda as necessidades, aspirações e interesses da sociedade, dentro dos princípios do SUS.

Para traduzir a contribuição ou influência do projeto sob a ótica de cada um desses critérios, são utilizados graus com variação de 0 a 4 pontos, com seu respectivo significado: Nenhum (0), Baixo (1), Médio (2), Alto (3), Muito Alto (4). A nota final é a média da soma destes pontos.

Estes projetos são então, de acordo com a sua graduação, encaminhados para uma análise dentro do Conselho Deliberativo[30] do INCA, onde de acordo com sua graduação[31] e a discussão sobre as prioridades institucionais e o alinhamento do projeto com os objetivos estratégicos do INCA poderá ser então implementado.

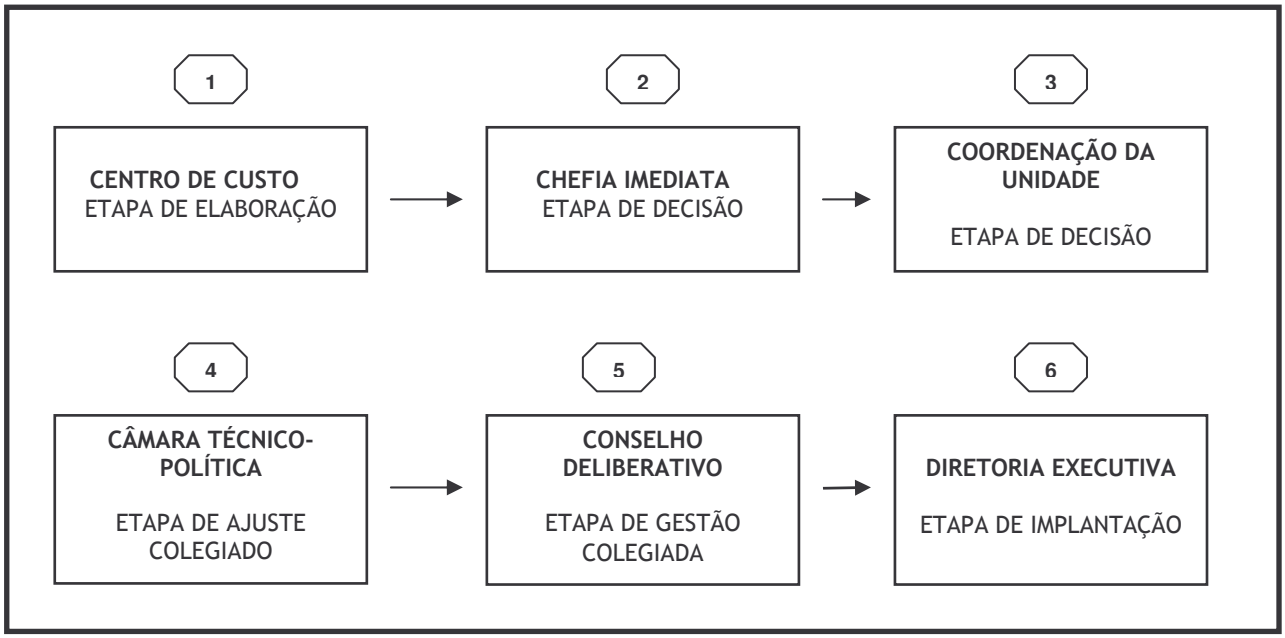
O número de projetos apresentados em torno de 532 foi surpreendente. Isto se deveu ao incentivo proporcionado pelo Diretor Geral, que ao se referir ao primeiro ciclo do SISPLAN disse que todos deviam tirar seus projetos das gavetas e cadastrá-los. O outro aspecto a ser mencionado é o cultural, onde todos viram a oportunidade de obter financiamento para seus projetos e a melhor forma disso ocorrer era cadastrá-lo no SISPLAN.

[30] O Conselho Deliberativo foi instituído a partir da **Portaria nº. 031/04**, assinada pelo Diretor Geral em 09 de fevereiro de 2004, visando à implantação do novo modelo de gestão do Instituto Nacional de Câncer. Compõem o Conselho Deliberativo do INCA: o Diretor Geral os Coordenadores das áreas: Administrativa, Assistência, Assuntos Estratégicos, Ensino, Pesquisa, Prevenção e Recursos Humanos; a Chefia de Gabinete; o Assessor Jurídico, os diretores das Unidades Assistenciais, a Divisão de Planejamento, a Divisão de atenção oncológica da CONPREV, a Divisão de comunicação social, a assessoria de gestão da qualidade, a divisão de tecnologia da informação, o representante da Fundação Ary Frauzino, o representante dos funcionários (AFINCA) e o representante do INCA-voluntário.

[31] No Conselho Deliberativo é determinada uma nota de corte limite para os projetos que estão sendo analisados. Esta nota de corte é influenciada por vários fatores e entre os principais estão o orçamento da instituição para aquele exercício e o alinhamento do projeto com as diretrizes institucionais para os projetos de maior relevância para a instituição. (N.A.)

Abaixo, na figura 4, o esquema do fluxo de aprovação dos projetos dentro do SISPLAN.

Figura 4



Fluxograma do SISPLAN

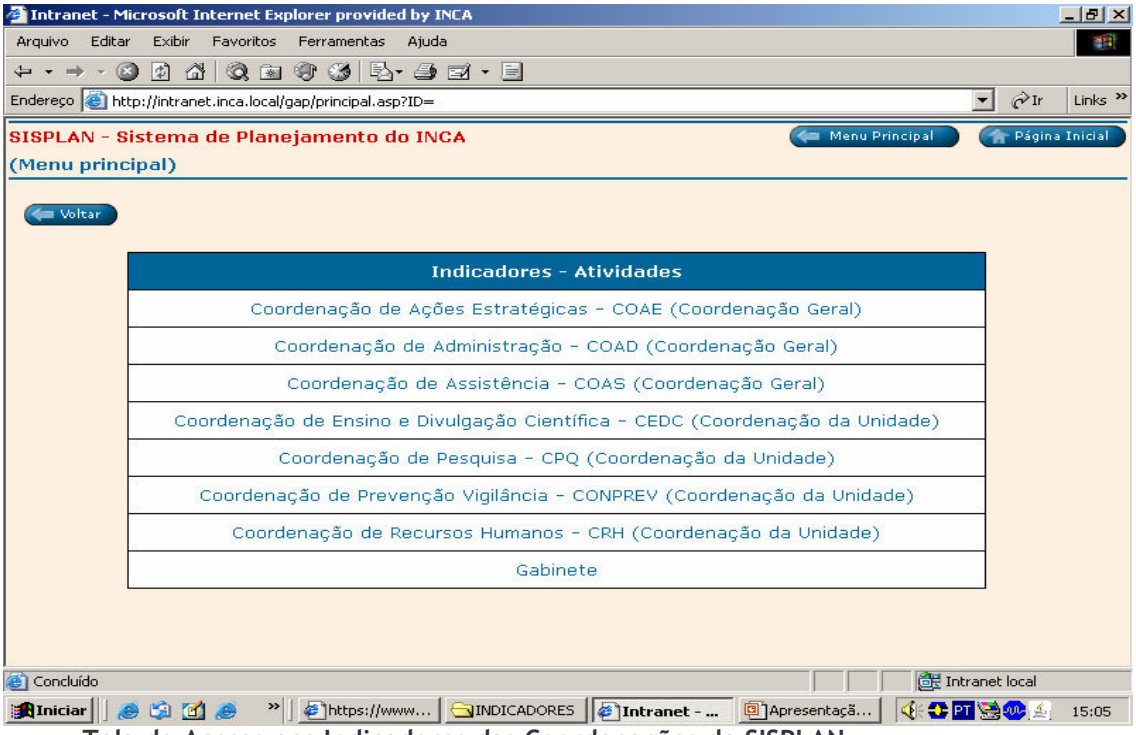
Um outro aspecto a ser abordado em relação ao SISPLAN é o que trata do painel de indicadores implantado mais recentemente, em 2005. O Painel de Indicadores permite o acompanhamento, monitoramento e avaliação das atividades promovidas pelos vários setores institucionais, conforme exemplificado nas telas do SISPLAN na INTRANET (vide figuras 5, 6, 7 e 8). Incluído no SISPLAN, o Painel é de fácil manuseio e consulta, proporcionando ao Instituto um importante e ágil instrumento indicativo dos rumos e resultados institucionais a cada período.

Para que esta ferramenta cumpra plenamente suas finalidades, é necessário o envolvimento do conjunto da organização e, sobretudo, o comprometimento dos gestores na sua plena utilização. O uso freqüente do painel, como um dos instrumentos para a tomada de decisões, acarreta o

contínuo aprimoramento do sistema, permitindo adequá-lo às reais necessidades dos processos desenvolvidos e resultados perseguidos pelo Instituto.

Abaixo seguem alguns exemplos de telas do SISPLAN relacionadas ao painel de indicadores das diversas coordenações.

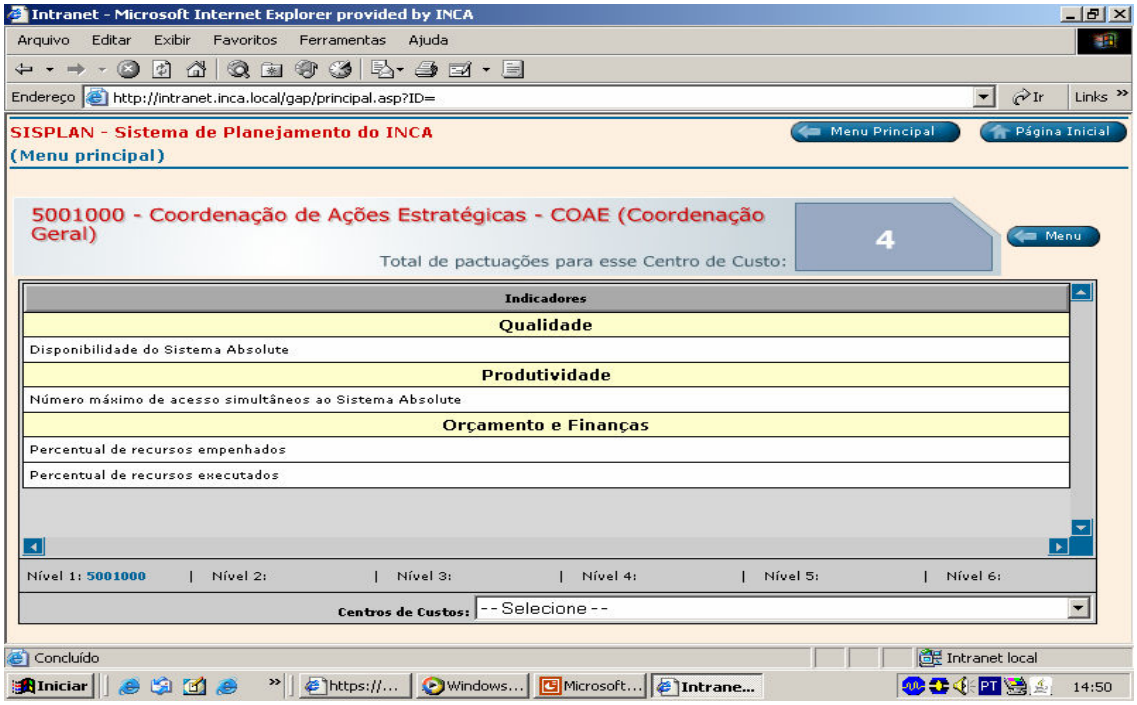
Figura 5



Tela de Acesso aos Indicadores das Coordenações do SISPLAN
Fonte SISPLAN

Esta tela representa a primeira tela do SISPLAN que permite o acesso à leitura dos indicadores de desempenho das atividades de cada uma das coordenações do INCA, incluindo os indicadores do Gabinete. A partir da escolha de uma das coordenações, o cliente tem acesso à tela dos indicadores propriamente dita, visualizada na figura 6.

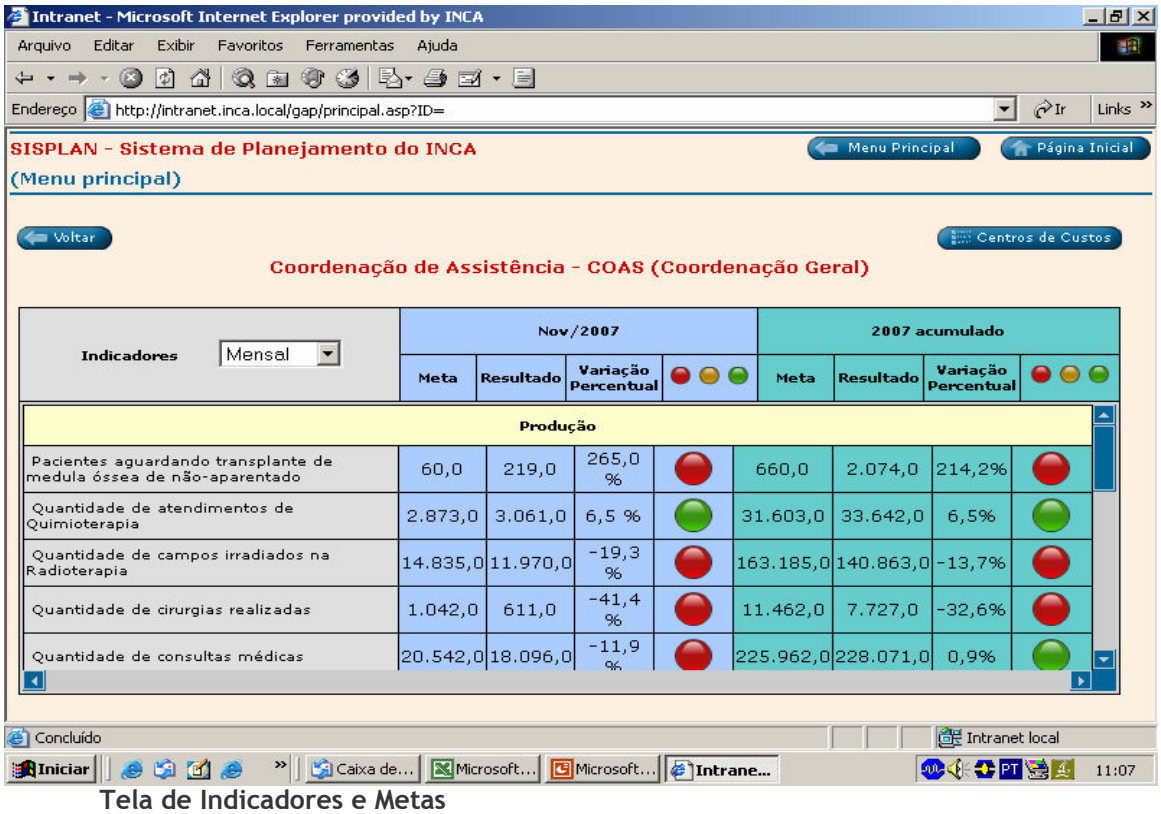
Figura 6



Tela de Indicadores por Coordenação
Fonte SISPLAN

Esta tela permite a visualização dos indicadores a partir de sua classificação (qualidade, produtividade e assim por diante). O cliente pode clicar com o mouse em um dos indicadores de sua preferência para análise e a tela da figura 7 aparecerá, permitindo a análise necessária.

Figura 7



Tela de Indicadores e Metas

Fonte SISPLAN

Esta tela mostra o desenvolvimento dos diversos indicadores e o acompanhamento das metas e sua variação parcial. A cor ao lado de cada indicador mostra o alcance da meta ou não.

Pode-se comentar que pelo exposto até o momento, o SISPLAN está sendo cada vez mais aprimorado de modo a servir como elemento de auto-avaliação e aprimoramento profissional, atendendo às premissas, diretrizes e objetivos estratégicos.

Síntese do Capítulo 3

Este capítulo discute as ferramentas gerenciais e a sua importância no planejamento institucional. Pode-se dizer que o planejamento estratégico reflete a proposição de que há significantes benefícios a serem alcançados, através de processos explícitos de formulação de estratégias. Contudo, para mensurar os resultados destas estratégias deve-se dispor de um processo de avaliação, a partir de ferramentas gerenciais, que permita avaliar as decisões tomadas e consequentemente a construção de indicadores de desempenho alinhados com a estratégia da organização.

Foram discutidas algumas ferramentas gerenciais comumente utilizadas nas empresas e mais recentemente nas organizações de saúde.

O Seis Sigma é uma ferramenta gerencial que possui como estratégia através do monitoramento do processo de controle do defeito em busca do erro zero. É mais utilizada em laboratórios e organizações com fins de diagnóstico.

O Smart Performance Pyramid (SPP) traduz os objetivos estratégicos baseados nas necessidades dos consumidores de cima para baixo e assim, tem a perspectiva de levar a visão corporativa até os departamentos e os centros de trabalho.

O Balanced Scorecard é a ferramenta gerencial mais divulgada hoje no mundo. É uma ferramenta que organiza de forma lógica e objetiva, os conceitos e as idéias preexistentes sobre gestão estratégica e pode ser considerada uma estrutura organizacional básica de seus processos gerenciais. O Balanced Scorecard organiza a metodologia a partir de quatro perspectivas diferentes, como a perspectiva financeira, perspectiva do cliente, perspectiva do aprendizado e perspectiva crescimento e processos internos. Hoje já é uma das ferramentas mais utilizadas na área da saúde no Brasil.

O SISPLAN é uma ferramenta gerencial desenvolvida no INCA para organizar e estruturar o Processo de Planejamento e que permite uma maior identificação e participação do corpo de funcionários com os rumos da Instituição. Ele serve hoje como base para a gestão participativa e compartilhada implantada no INCA a partir de 2003. O SISPLAN permite uma nova forma mais dinâmica e integrada de alocação de recursos através da priorização de investimentos definidas em Câmaras-Técnico Políticas. Além desta função, serve de interface para acompanhamento das atividades institucionais, através da criação de um painel de indicadores, com metas previamente pactuadas e contratualizadas pelas diversas coordenações.

CAPÍTULO 4 - A METODOLOGIA DA PESQUISA

Não há nada mais poderoso do que uma idéia cujo momento chegou.
Vitor Hugo

4.1 - METODOLOGIA

Esta tese trata de um estudo que envolve a descrição e análise de uma ferramenta gerencial e que tem como principal fio condutor as premissas da Gestão Hospitalar. Embora não seja um estudo de caso, apóia-se em uma experiência concreta de gestão no Instituto Nacional de Câncer do Rio de Janeiro, com a aplicação de uma ferramenta gerencial criada e desenvolvida na Instituição pela sua equipe.

A metodologia está fundamentada em 5 etapas, sendo que a quinta é analítica e avaliativa.

A primeira etapa da pesquisa foi iniciada com um levantamento bibliográfico sobre gestão hospitalar com o propósito de permitir a compreensão e fornecer o suporte teórico das categorias com as quais se queria trabalhar.

A estratégia para encontrar estes artigos inclui pesquisa computadorizada no PubMed[32], MDConsult[33] indexadas ao MEDLINE. A pesquisa inclui também a biblioteca virtual em saúde do Ministério da Saúde (http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html), que permite acesso ao LILACS, Biblioteca Cochrane e SciELO. A pesquisa inicial foi feita utilizando as seguintes palavras chave:

- gestão hospitalar;
- administração hospitalar;
- gerenciamento hospitalar;
- gestão em saúde;
- ferramentas gerenciais;
- planejamento estratégico;
- health administration;
- health management;
- management tools in health care;

---

[32] PubMed Central (PMC) é o arquivo digital das revistas científicas da National Library of Medicine.

[33] Uma divisão mundial da editora ELSEVIER que opera uma rede de informações eletrônicas e informatizadas sobre pesquisa, que provê artigos e o conteúdo clínico necessário à pesquisa.

- business tools;

A facilitação do acesso à integra da maioria dos artigos por via informatizada se deu através do site de periódicos da CAPES, www.periodicos.capes.gov.br.

Outros sites não especializados foram utilizados, como o Google, www.google.com.br e o Scirus www.scirus.com .

Este levantamento permitiu a inclusão de fontes bibliográficas como Braga Neto, Mota, Cecílio, Rivera, Artmann, Porter, Kaplan, Mintzberg, Proschnik e Welch, entre outros autores referenciados que discorrem habitualmente sobre planejamento e gestão.

A etapa seguinte foi a revisão e descrição das principais ferramentas gerenciais hoje utilizadas em empresas e serviços de saúde. Isto incluiu uma descrição do SISPLAN e sua aplicabilidade dentro de uma instituição pública federal que é o INCA. Para melhor entendimento da motivação que levou à construção deste instrumento gerencial, foram colhidos depoimentos dos principais gestores do INCA à época da criação do SISPLAN e que vivenciaram sua implementação e acompanhamento dentro da Instituição nestes quatro anos, desde 2004.

A terceira etapa incluiu um levantamento estatístico dos dados do SISPLAN de 2004 a 2007, compreendendo todos os projetos cadastrados neste sistema. A esse levantamento foram incluídos os dados referentes ao orçamento total dos projetos das diversas Coordenações daquele instituto.

Os resultados foram divididos por ciclos consecutivos (2004 a 2007) por cada uma das coordenações ou unidades assistenciais, onde foi demonstrado o número de projetos cadastrados por ano e o efetivo número de projetos aprovados a serem submetidos à análise do Conselho Deliberativo do INCA. Estes dados incluíram 7 (sete) coordenações, a saber: Coordenação de Administração (COAD), Coordenação de Ações Estratégicas (COAE), Coordenação de Assistência (COAS), Coordenação de Pesquisa (CPQ), Coordenação de Ensino e Divulgação Científica (CEDC), Coordenação de

Recursos Humanos (CRH) e Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância (CONPREV); uma divisão a Divisão de Patologia (DIPAT), a Direção Geral, e 4 (quatro) Unidades Assistenciais referentes aos Hospitais do Câncer I, II, III e IV, citados nesta tese como HC I, HC II, HC III e HC IV.

Ainda como parte da pesquisa, foram identificados os diversos índices que compõem o painel de indicadores (macro) do INCA e que permite a monitoração das metas e objetivos, alinhados com as diretrizes estratégicas institucionais, nas diversas coordenações e unidades como parte da contratualização da gestão participativa e compartilhada.

A última etapa da metodologia inclui a análise dos resultados obtidos acima, para aferir o SISPLAN como instrumento de gestão e facilitador para o cumprimento das metas pré-estabelecidas.

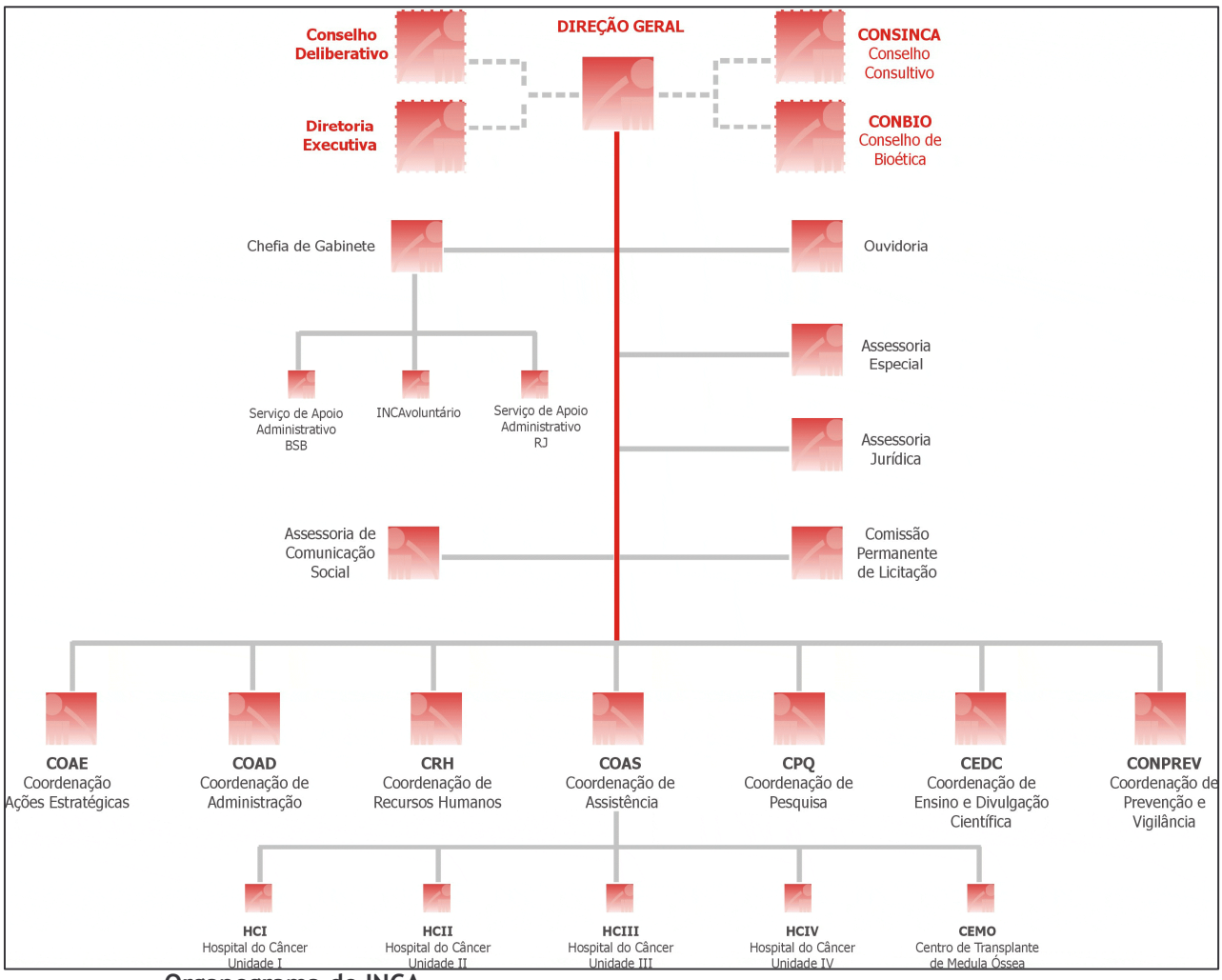
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS DA PESQUISA

"A meta de uma discussão ou debate não deveria ser a vitória, mas o progresso."
Joseph Joubert

5.1 Resultados e Análise

Antes de discutir os resultados apresentados pelo SISPLAN em quatro de seus cinco anos de vida, será apresentado o organograma do INCA para melhor entendimento do leitor, pois é fartamente discutido na tese este organograma através de menções freqüentes à Coordenações, Conselho Deliberativo, Divisão de Planejamento e outros. Na figura 8 encontra-se desenhado este organograma com as diversas hierarquizações de decisões

Figura 8



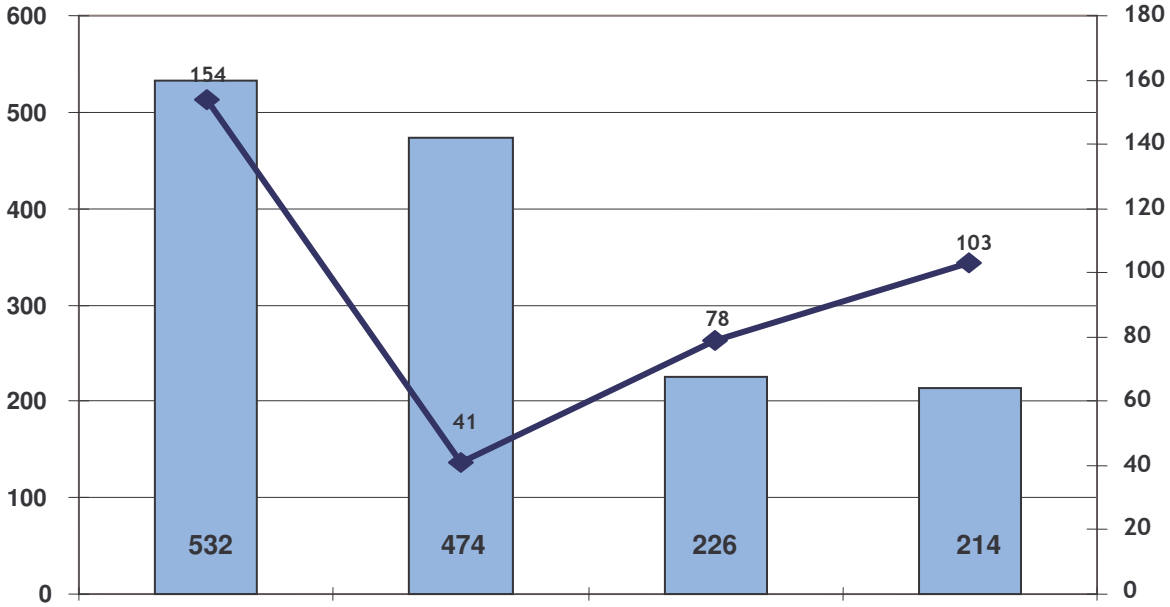
Organograma do INCA

Fonte: Site do INCA (www.inca.gov.br/imagens/inca/org2005b.gif)

O SISPLAN teve quatro ciclos desde a sua implantação no INCA. Antes de cada ciclo são determinadas pelo Conselho Deliberativo as prioridades institucionais para aquele ano de ciclo que se inicia. No primeiro em 2004 o eixo das prioridades teve como base a humanização do atendimento referindo-se a qualidade da assistência prestada nas unidades hospitalares. A outra prioridade na avaliação dos projetos estava relacionada com a preparação do INCA para a acreditação hospitalar. Uma certificação de qualidade de grande importância para um órgão público e para as demais instâncias governamentais representadas pelo Ministério da Saúde.

De todos os ciclos, o primeiro em 2004 foi o que apresentou maior número de projetos cadastrados para avaliação, com um total de 532 e o de menor número de projetos foi o de 2007 com apenas 214. Em compensação, o número de projetos aprovados para análise no Conselho Deliberativo vem aumentando progressivamente, após a queda acentuada de 2004 para 2005. O gráfico 1 mostra essa tendência.

Figura 9: Projetos cadastrados e aprovados no SISPLAN entre 2004 e 2007



Colunas : Número de Projetos Cadastrados **Linhas: Aprovados para análise no CD**

Fonte: SISPLAN 2007

A explicação para os resultados do primeiro ciclo encontra eco no discurso do Diretor Geral do INCA naquele ano de 2004 pedindo que todos tirassem seus projetos das gavetas quando da criação do SISPLAN e do seu primeiro ciclo. Os funcionários estimulados por este apelo positivo do diretor e com a possibilidade

concreta de aprová-los os cadastraram no SISPLAN totalizando um número bastante expressivo, cerca de 532 projetos. Entretanto, o fato de ter havido um número excessivo de projetos não significou que os mesmos fossem de boa qualidade. A pouca cultura institucional na elaboração de projetos, assim como o pouco entendimento do SISPLAN em um primeiro momento fez com que o número excessivo de projetos fosse elevado, mas de pouca qualidade descritiva e de conteúdo. Contudo, ainda assim, 154 projetos foram aprovados nas respectivas CTP e encaminhados ao Conselho Deliberativo.

Nesta primeira reunião do CD para análise dos projetos aprovados foram encaminhados para implementação no INCA de acordo com a verba orçamentária 51 projetos e destes 33 foram efetivamente implantados (tabela 1).

Quadro 1: Projetos Implantados e valores relativos ao ciclo 2004 do SISPLAN

CATEGORIA DO PROJETO	QUANTIDADE	TOTAL (R$)
REDUÇÃO DE CUSTOS	18	1.972.916,61
AUMENTO DE RECEITAS	5	108.425,00
AUTO-SUSTENTÁVEIS	7	3.661.454,33
RESERVA ORÇAMENTÁRIA	3	1.632.800,00
TOTAL	**33**	**7.375.595,94**

Fonte SISPLAN: 2005

Como se depreende da tabela acima, apesar de um grande número de projetos terem sido aprovados para análise no CD, a linha de corte foi bastante elevada e apenas 33 projetos, pouco mais de 21% do total de aprovados para análise (154) foram efetivamente implantados ainda naquele ano. Isto ocasionou grande frustração nos funcionários que haviam cadastrado seus projetos no SISPLAN, assim como causou preocupação na própria direção. Isto porque, se por um lado houve um sucesso absoluto na mobilização das pessoas em desenvolver projetos, por outro lado o baixo número de projetos implantados derrubava por terra a expectativa de centenas de pessoas que aguardavam ansiosas por uma oportunidade de ver os seus projetos atendidos.

O amadurecimento quanto ao uso do aplicativo no INCA viria somente com o passar do tempo. Neste primeiro momento não houve o entendimento de que o SISPLAN é uma ferramenta para auxílio no planejamento e neste contexto de avaliação de projetos, é o instrumento que permite aos membros das CTP decidir por aquele que melhor se adeque aos objetivos estratégicos e linhas de ação. Somente com este conceito bem definido pode haver a compreensão para a escolha daqueles de maior relevância institucional. Além disso, não foram transmitidos aos usuários em todos os níveis organizacionais os conceitos de gestão e planejamento o que contribuiu para essa conjuntura.

Desta forma, pode-se citar como principal crítica ao ciclo de 2004, o próprio aplicativo SISPLAN, por ainda estar em fase de implantação e não ter sido totalmente assimilado. Some-se a isso, o fato de que escrever projetos não fazia parte da cultura institucional e concomitantemente não estavam alinhados aos objetivos estratégicos. Concomitantemente, os gestores das diversas coordenações incluindo as unidades assistenciais não aprofundaram a análise dos projetos o que foi um dos motivos para a grande quantidade de projetos e de baixa qualidade técnica.

Com relação ao cadastramento das atividades pode-se fazer a crítica que da mesma forma que os projetos, o conceito de atividades não foi adequadamente assimilado. A padronização das atividades e indicadores não foi realizada integralmente. Não houve a contratualização tão esperada nesta forma de modelo gerencial entre os coordenadores e as diversas gerencias.

Para o ciclo de 2005, aberto em 13 de outubro de 2004 as prioridades institucionais permaneceram voltadas para a acreditação e a humanização do INCA, esta direcionada para as instâncias intra e extra-muros. Desta feita uma peculiaridade já iniciada no ciclo anterior, que foi a categorização dos projetos em redução de gastos, geração de receitas e auto-sustentáveis além de outros que estivessem relacionados de alguma forma com aspectos de reserva técnica.

Este segundo ciclo foi muito próximo do primeiro (cerca de seis meses) e mesmo assim o número de projetos ainda foi elevado com 474 cadastrados (gráfico 1). O maior rigor na análise destes projetos pelas respectivas CTP,

contudo, reduziu em muito o número de aprovados para análise no CD, cerca de 41, menos de 10% do total cadastrado. O interessante, entretanto é que o CD do INCA optou pela implementação de 20 desses projetos, quase 50% dos selecionados. Isto demonstra a relevância destes projetos para o planejamento interno do instituto neste ciclo.

Quadro 2: Projetos Implantados e valores relativos ao ciclo 2005 do SISPLAN

CATEGORIA DO PROJETO	QUANTIDADE	TOTAL (R$)
REDUÇÃO DE CUSTOS	8	1.145.896,68
AUMENTO DE RECEITAS	2	1.000,00
AUTO-SUSTENTÁVEIS	7	3.661.454,33
RESERVA ORÇAMENTÁRIA	3	1.632.800,00
TOTAL	**20**	**6.441.151,01**

Fonte SISPLAN 2005

O fato bastante curioso foi o elevado número de projetos direcionados para redução dos custos institucionais obtidos nos dois ciclos.

O segundo ciclo de planejamento envolvendo o SISPLAN teve como aspectos positivos a completa implantação do módulo de cadastramento de projetos e o fato do aplicativo já estar totalmente assimilado pela maioria dos funcionários. Entretanto, os conceitos sobre o que é um projeto e como elaborá-lo não foram totalmente assimilados e como no ciclo anterior não houve um alinhamento com os objetivos estratégicos. Neste ciclo, o número de projetos cadastrados também foi elevado, decorrente do impacto da utilização do banco de projetos, isto é, o reaproveitamento dos projetos do ciclo anterior. Da mesma forma que no anterior não ocorreu um aprofundamento na avaliação dos projetos por parte dos coordenadores antes de serem enviados para as CTP.

Para o ciclo 2006, o Conselho Deliberativo optou pela criação de Fóruns de Planejamento antecedendo a abertura do ciclo que aconteceu em 12 de setembro de 2005. Nestes fóruns ficou decidido que o eixo de prioridades para este ciclo incluiria a Qualidade Gerencial, Ciência e Tecnologia e novamente a Assistência Médica através da manutenção dos níveis de produção de acordo com a capacidade instalada de cada unidade, tendo sempre como base a humanização

e o foco na acreditação hospitalar. Entre as prioridades para 2006 estava a do HC II de aparelhar toda a área que estava em processo de construção que seria concluída naquele ano.

Uma questão abordada no fórum foi o papel da pesquisa e dos pesquisadores do INCA no sistema de saúde do Brasil. Devido ao papel do INCA de coordenador das políticas nacionais de câncer, nada mais apropriado do que se ressaltar neste fórum a importância da pesquisa estar alinhada com as diretrizes institucionais e governamentais. Ainda com este foco foi destacado também a necessidade de se definir as atividades da Coordenação de Pesquisa de forma que estas pudessem ser incorporadas ao SISPLAN, com seu respectivo orçamento.

O Conselho deliberativo determinou que as prioridades para este ciclo incluíssem que, as obras para a abertura de novas áreas deveriam constar em projeto prevendo suas necessidades (espaço físico, recursos orçamentários e recursos humanos). Isso implicava dizer que nenhuma obra nova deveria ser decidida sem a devida aprovação no ciclo do SISPLAN obedecendo ao “Plano Diretor de Obras”.

Ainda como prioridade deliberou-se que: “projetos” com proposta de se tornar no ano seguinte uma “atividade” deveriam passar pela análise extraordinária das CTP para verificar o impacto financeiro, impacto na produção e efetividade da tecnologia.

Neste fórum, uma decisão que veio simplificar os projetos de pesquisa foi a de que projetos individuais de pesquisa não seriam registrados no SISPLAN, tão somente projetos institucionais mais consistentes, como: criação de um novo laboratório ou de novo grupo de pesquisa, a criação de uma rede nacional ou estadual para pesquisa de determinado tipo de câncer, etc.

O número de projetos cadastrados no SISPLAN para avaliação nas CTP foi bem menor, 226 – menos da metade de 2005 – e o número de aprovados para encaminhamento no CD foi quase o dobro do ano anterior com 78 (gráfico 1).

Este fato chama a atenção para dois aspectos: o primeiro e bastante positivo reflete o amadurecimento das novas propostas e idéias, demonstrado pela qualidade de projetos cadastrados, não somente por terem um desenho mais bem elaborado, como também por serem mais consistentes e condizentes com os objetivos do INCA. O segundo aspecto a ser mencionado e este sim, negativo é que do meu ponto de vista pessoal, pude perceber na ocasião como funcionário e membro da Divisão de Planejamento que este terceiro ciclo caracterizou-se por uma "desconfiança" até certo ponto natural por parte dos funcionários, pelas frustrações dos dois ciclos anteriores. Muitos passaram a desdenhar do processo dizendo que o SISPLAN na realidade não era o que se esperava, ou frases como "*...o projeto é aprovado e na verdade não é implantado...".*

Isto criou um ambiente desfavorável a novas iniciativas e difícil de reverter. Todavia, como as normas determinadas pela direção geral já implicavam em não haver aquisição ou incorporação de tecnologias sem a respectiva descrição de um projeto isto se tornaria um determinante para o desenvolvimento de novas propostas para o ciclo seguinte.

Apesar destas críticas, este ciclo se caracterizou pela qualidade dos projetos em relação aos anteriores. A aplicação do Fórum de Planejamento antecipadamente e a definição de prioridades associadas com o entendimento da ferramenta gerencial permitiram este amadurecimento. Na tabela 3 abaixo estão demonstrados os valores aproximados dos projetos implementados naquele ciclo. Observa-se que o número de projetos implementados a partir da reunião do Conselho Deliberativo foi elevado, em torno de 48, o que corresponde a mais de 60% dos aprovados e encaminhados para o CD.

Quadro 3: Projetos Implantados relativos ao ciclo 2006 do SISPLAN[34]

CATEGORIA DO PROJETO	QUANTIDADE	TOTAL (R$)
REDUÇÃO DE CUSTOS	11	889.099,96
REDE ATENÇÃO ONCOLÓGICA	2	0
AUTO-SUSTENTÁVEIS	8	1.304.288,00
MATERIAL PERMANENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA	10	1.079.117,80
ATENDIMENTO À LEGISLAÇÃO	14	915.152,60
HUMANIZAÇÃO	3	39.800,00
TOTAL	**48**	**4.227.458,36**

Fonte SISPLAN 2006

Para o ciclo 2007 houve um menor número de projetos, o que pode ser entendido como um aprimoramento do processo. Ao todo foram analisados 214 projetos, as prioridades foram semelhantes àquelas estabelecidas anteriormente. Neste ciclo, um determinado número de projetos que levaria a suposição da criação de uma nova atividade, não foi na realidade analisado nesta perspectiva. A conseqüência foi que estes projetos não foram analisados mais rigorosamente pelas respectivas CTP em relação ao impacto financeiro na instituição para o ano seguinte da conclusão do projeto. No orçamento aprovado para 2007 a previsão para investimentos foi de cerca de R$ 8 milhões.

Foi realizado um fórum de planejamento nos mesmos moldes que o anterior e que foi um dos fatores que contribuiu a melhor qualidade dos projetos cadastrados. Algumas prioridades foram definidas para este novo ciclo, entre elas

[34] Os projetos foram categorizados com propostas um pouco diferentes do anterior. Contudo, o valor total dos projetos de pouco mais de 4 milhões não é o valor real, pois, dois projetos relacionados à Rede de Assistência Oncológica não tiveram seus orçamentos computados por serem projetos com alocação de recursos externos.

a conclusão do cronograma de obras, pois algumas já estavam em execução e deveriam ser finalizadas.

Outra prioridade é o aprovisionamento dos espaços criados em 2005/2006, desde que avaliado o mérito do projeto. Além disso, copiando o exemplo do ano anterior foram priorizados projetos que tivessem relação com o atendimento de exigências legais e também àqueles com aplicabilidades para a Rede de Atenção Oncológica. Por último, a manutenção da diretriz institucional sobre humanização, determinando que os projetos voltados para o atendimento de especificações da acreditação hospitalar ou humanização, seriam priorizados para atender as demandas do processo de acreditação hospitalar em curso.

Para este ciclo foram aprovados e encaminhados para análise setorial no CD 103 de 214 projetos cadastrados. Se por um lado houve a redução do número de projetos, por outro observou-se a manutenção da qualidade da elaboração, implicando em aprovação incial em quase 50% deles. Em sua análise no CD, cerca de 61 projetos foram indicados para implementação, semelhante aos números do ciclo de 2006 em proporção. O Conselho Deliberativo do INCA, em sua reunião ordinária no início de abril, aprovou um orçamento para investimentos de cerca R$ 15 milhões para serem investidos em Projetos no exercício de 2007, sendo os recursos oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde e de outras fontes (fonte Intranet, editorial DIPLAN, abril 2007).

Não foram disponibilizados no SISPLAN os demais dados deste ciclo que ainda se encontravam em fase de detalhamento por ocasião da conclusão desta tese.

Quadro 4: Resumo dos ciclos SISPLAN entre 2004 e 2007

Ano	Projetos Cadastrados	Projetos Aprovados CTP	Projetos Implementados CD	Orçamento Final
2004	532	154	33	7.375.595,94
2005	174	41	20	6.441.151,01
2006	226	78	48	4.227.458,00
2007	214	103	---	15.000.000,00

Fonte SISPLAN 2007

Os dados estatísticos de todos os ciclos do SISPLAN encontram-se abaixo dispostos em tabelas (tabelas 5 a 18) por unidade assistencial e coordenação.

De acordo com as normas determinadas pela direção geral do INCA desde a implantação do SISPLAN, nenhum material permanente foi comprado nos últimos quatro anos, sem que tivesse sido incluído em algum projeto do SISPLAN previamente. Para a aquisição ou incorporação de material permanente foram criadas algumas regras através de determinação interna, a saber:

- Material Permanente ainda não utilizado pelo INCA, mesmo que para uma atividade já existente;
- Incorporação de Material Permanente, ainda não utilizado pelo INCA, para implantação de nova técnica ou atividade;
- Qualquer incorporação de Material Permanente, mesmo que para atividades ou técnicas já utilizadas, que aumentem a produção, requeiram outros gastos além do custo da aquisição do Material Permanente (novos contratos de manutenção não atrelados à compra, utilização de novos insumos, necessidade R.H., necessidade de treinamento específico para manuseio do equipamento, etc.).

Nas situações acima deveria ser feito um projeto individual para este equipamento, prevendo: seus impactos na produção, os recursos necessários para sua operacionalização e manutenção (contratos de manutenção, capacitação dos funcionários, recursos humanos necessários etc.).

Naquelas circunstâncias em que houvesse necessidade de:

- Material Permanente novo para reposição de material antigo, com possibilidade de quebra (previsíveis);
- Material Permanente para atividades existentes, de modo a reporem antigos ou precários, que pusessem em risco a segurança de pacientes e profissionais, readequações de espaços para atender tarefas já incorporadas;
- Material Permanente cuja manutenção se tornasse inviável financeiramente (por exemplo, fim do contrato de manutenção), em que o custo de aquisição e manutenção de um novo fosse inferior à permanência do atual.

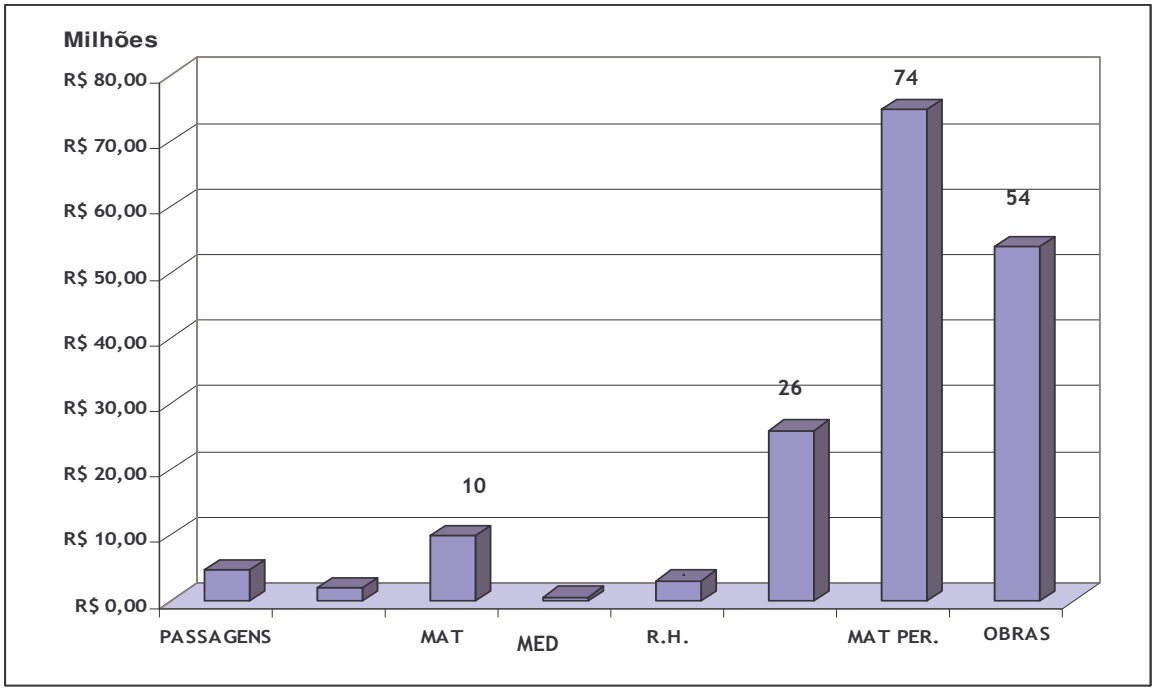
Deveria ser feito um projeto pela direção da unidade, e priorizado pela Coordenação ao enviá-lo para o SISPLAN e no julgamento pelo Conselho Deliberativo.

Por fim, nos casos em que houvesse necessidade de substituição de material permanente motivados por quebra inesperada, deveriam ser utilizados os recursos do projeto de reserva técnica, com base em estudo de custo x benefício. Isto foi válido para todas as unidades e coordenações desde então e mesmo nos períodos que antecederam a criação da Unidade de Pós-Operatório do HCI e a instalação do novo parque da radiologia do HC III, obras consideradas prioritárias do ponto de vista estratégico do INCA.. Estes dois grandes projetos tiveram seus equipamentos incluídos primeiramente no SISPLAN para aprovação e após os trâmites normais a destinação da verba para execução.

Nestes quatro anos de implantação do SISPLAN, entre as unidades assistenciais, quem teve o maior número de projetos aprovados para análise no CD foi o HC I com um total de 100 projetos e o menor foi o HC IV com 16. Entre as demais coordenações, a coordenação que obteve o maior número de projetos aprovados para análise no CD foi a Coordenação de Ações Estratégicas com 53, seguida de perto da Coordenação de Administração com 40.

O item de maior impacto orçamentário foi o de material permanente com R$ 74.838.105,84, seguido pelo item obras com R$ 54.023.579,51. O total orçado para os quatro anos foi de R$ 174.912.169,35. A figura 10 demonstra estes valores. Em alguns casos a obra foi necessária para a aquisição do material, pois alguns equipamentos necessitavam instalações apropriadas para o seu funcionamento.

Figura 10



Impacto orçamentário por item de despesa no SISPLAN entre 2004 e 2007
Fonte: SISPLAN 2007

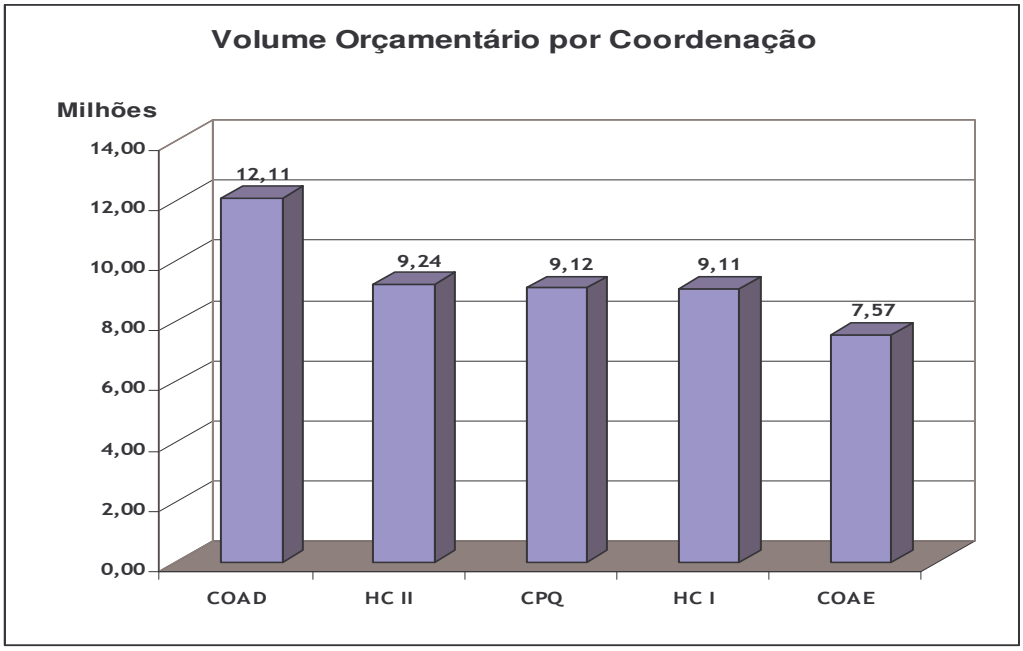
O INCA recebe uma verba orçamentária via Ministério da Saúde e uma outra verba complementar via Fundação Ary Frauzino. Deste total, o orçamento é subdividido em 3 (três) partes que são destinadas a recursos Humanos (pagamento de pessoal) que consome cerca de 48,5% deste bolo. Outros 50% são destinados a verba de custeio que inclui a manutenção da instituição (material, medicamentos, serviços de terceiros e bolsas de estudo entre outros). Do montante, restam 1,5% para investimentos em novos projetos e melhorias para a gestão institucional.

Divisão do Orçamento do INCA 2006. Fonte: SIAFI 2006

Dentre as coordenações do INCA observa-se que a Coordenação de Recursos Humanos e a Coordenação de Ensino foram as que causaram o menor impacto financeiro institucional cuja soma de custos do projeto foi estimado em cerca de R$ 2.516.938,00 para a primeira. Além disso, entre as unidades assistenciais a que teve o maior orçamento foi o HC II seguido de perto pelo HC I com pouco mais de R$9.000.000,00. No primeiro o item de maior impacto foi o relacionado a obras e no caso do HC I o maior impacto foi à aquisição de material permanente.

Na figura 11 são demonstrados os montantes em reais para alocação de recursos financeiros por unidade e/ou coordenação.

Figura 11



Alocação de recursos financeiros por coordenação em 2007.
Fonte SISPLAN 2007

As tabelas disponibilizadas abaixo foram desenvolvidas a partir da memória de cálculo dos projetos do SISPLAN que também é a fonte de dados. As tabelas foram dispostas por coordenações envolvendo quatro ciclos do SISPLAN de 2004 a 2007. Os valores que são apresentados representam a soma dos valores orçados de cada projeto e não significa que foram os valores efetivamente gastos pelo INCA na implantação de seus projetos, mesmo porque houve conforme discutido ao longo do texto, uma seleção de projetos a serem implantados no instituto. Estes valores mais apurados que fazem parte da execução orçamentária do INCA não serão disponibilizados por questões de confidencialidade institucional e ética.

Tabela 1: Projetos da CEDC aprovados e encaminhados ao CD e orçamento por ciclo

	Ciclo	Qtd Proj.	PASSAGENS	DIÁRIAS	MAT	MED	R.H.	SER. TER.	MAT PER.	OBRAS	TOTAL
CEDC	2004	5	68.000,00	11.400,00	160.000,00	0,00	45.450,00	77.775,00	1.500,00	0,00	364.125,00
	2005	3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	2006	5	1.338.050,00	405.900,00	54.160,00	0,00	0,00	499.512,00	115.000,00	250.000,00	2.662.622,00
	2007	3	1.533.600,00	604.800,00	420.000,00	0,00	108.000,00	1.782.000,00	90.300,00	0,00	4.538.700,00
	Total	**16**	**2.939.650,00**	**1.022.100,00**	**634.160,00**	**0,00**	**153.450,00**	**2.359.287,00**	**206.800,00**	**250.000,00**	**7.565.447,00**

Fonte SISPLAN

A Coordenação de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa cadastrou poucos projetos ao longo dos quatro anos estudados e por esse motivo apenas 16 projetos foram encaminhados pela CTP de Ensino ao longo deste período. Um dos problemas desta coordenação foi a pouca compreensão da ferramenta gerencial e do significado de projetos e atividades. Por esse motivo e devido também à pouca clareza destas pessoas sobre as prioridades institucionais, algumas atividades foram incluídas o SISPLAN como projetos para poderem ser executadas. Outra curiosidade que serviu para a pouca motivação desta coordenação foi a pouca integração entre as áreas internas da CEDC. Não temos disponibilizados os valores e os projetos que foram efetivamente implementados oriundos desta coordenação, mas chama a atenção que o maior volume orçamentário está relacionado a passagens e serviços de terceiros. Provavelmente isto se deve ao uso destes recursos na participação de convidados nacionais ou estrangeiros nos diversos eventos de ensino ao longo destes anos.

Tabela 2 : Projetos da COAD aprovados nas CTP e encaminhados ao CD

	Ciclo	Qtd Proj.	PASSAGENS	DIÁRIAS	MAT	MED	R.H.	SER. TER.	MAT PER.	OBRAS	TOTAL
COAD	2004	11	2.000,00	500,00	0,00	0,00	63.000,00	55.450,00	174.630,91	41.000,00	336.580,91
	2005	8	2.094,80	721,02	313.744,00	0,00	23.750,00	355.007,11	518.800,00	1.430.016,00	2.644.132,93
	2006	9	0,00	0,00	76.100,00	0,00	0,00	480.679,96	248.000,00	709.999,98	1.514.779,94
	2007	12	0,00	0,00	10.500,00	0,00	31.500,00	6.611.998,80	910.605,00	50.000,00	7.614.603,80
	Total	**40**	**4.094,80**	**1.221,02**	**400.344,00**	**0,00**	**118.250,00**	**7.503.135,87**	**1.852.035,91**	**2.231.015,98**	**12.110.097,58**

Fonte SISPLAN

A Coordenação de Administração teve ao longo deste período 40 projetos aprovados na CTP e uma boa parte deles relacionados com infra-estrutura. A Coordenação de Administração também notou a necessidade das justificativas dos projetos serem claras, os valores o mais próximo da realidade e que não fossem projetos individuais, mas representativos das áreas/divisões. Outro conceito bastante enfatizado nas reuniões desta coordenação foi o de propor projetos não com o intuito de procurar nas linhas de ação onde os projetos estavam inseridos, mas ao contrário, o que tinha de ser feito para contribuir para determinada linha de ação. Os chefes das áreas foram intimados a serem os responsáveis pelos projetos das divisões, assim criando uma cultura de responsabilização em todos os níveis. Por último a COAD definiu suas prioridades para a elaboração de projetos que reduzissem gastos, integrados as outras áreas da instituição, projetos que visassem a melhoria de processos e a redução dos prazos principalmente com a informatização. A maior parte da verba orçamentária dos projetos foi direcionada para a aquisição de serviços de terceiros particularmente no ano de 2007.

Tabela 3: Projetos da COAE aprovados nas CTP e encaminhados ao CD

	Ciclo	Qtd Proj.	PASSAGENS	DIÁRIAS	MAT	MED	R.H.	SER. TER.	MAT PER.	OBRAS	TOTAL
COAE	2004	13	0,00	0,00	46.298,57	0,00	0,00	653.821,72	7.517.800,90	14.000,00	8.231.921,19
	2005	10	12.000,00	12.000,00	132.000,00	144.000,00	243.600,00	842.800,00	194.000,00	19.029.521,53	20.609.921,53
	2006	19	57.000,00	58.400,00	311.400,00	144.000,00	751.600,00	1.145.568,00	1.087.754,00	226.000,00	3.781.722,00
	2007	17	15.700,00	13.600,00	132.000,00	144.000,00	604.000,00	1.378.690,17	543.390,32	0,00	2.831.380,49
	Total	**59**	**84.700,00**	**84.000,00**	**621.698,57**	**432.000,00**	**1.599.200,00**	**4.020.879,89**	**9.342.945,22**	**19.269.521,53**	**35.454.945,21**

Fonte SISPLAN

A Coordenação de Ações Estratégicas inclui na sua estrutura a Divisão de Tecnologia da Informação que é uma das responsáveis sem dúvida nenhuma pelos elevados valores demonstrados na tabela 7. Entretanto, o item que de imediato que chama a atenção é o valor a ser absorvido pelas obras de infra-estrutura, para adequação desta tecnologia que remete esta coordenação ao patamar das que apresentaram os projetos mais caros para o INCA. Embora não se possa confirmar em dados exatos no momento em que esta tese é escrita, supõe-se que o número de projetos da Tecnologia da Informação aprovados no CD para implementação tenha sido bastante elevado nestes quatro anos, pelo caráter estratégico desta Divisão. Um exemplo desta assertiva é a importância da intranet no âmbito institucional, pois serve como base para a gestão, congregando não somente um banco de dados, mas também ferramentas gerenciais desenvolvidas na instituição como o próprio SISPLAN e informações que permitem manter o INCA interligando as diversas unidades. Estas justificativas são mais do que razoáveis para que se possa emitir este comentário.

Tabela 4: Projetos da CONPREV aprovados nas CTP e encaminhados ao CD

	Ciclo	Qtd Proj.	PASSAGENS	DIÁRIAS	MAT	MED	R.H.	SER. TER.	MAT PER.	OBRAS	TOTAL
CONPREV	2004	5	46.790,11	12.513,40	289.884,35	0,00	0,00	89.374,00	41.628,32	0,00	480.190,18
	2005	1	416.150,00	68.868,00	0,00	0,00	120.930,00	0,00	10.938.100,00	7.000.000,00	18.544.048,00
	2006	7	437.005,20	413.431,40	0,00	0,00	0,00	43.147,76	9.764.741,76	7.500.000,00	18.158.326,12
	2007	18	355.640,80	92.408,40	349.400,00	0,00	335.878,00	769.826,00	6.310.641,16	7.000.000,00	15.213.794,36
	Total	**31**	**1.255.586,11**	**587.221,20**	**639.284,35**	**0,00**	**456.808,00**	**902.347,76**	**27.055.111,24**	**21.500.000,00**	**52.396.358,66**

Fonte SISPLAN

A Coordenação de Prevenção e Vigilância foi aquela com o maior volume orçamentário dos projetos encaminhados pelas CTP ao Conselho Deliberativo. Contudo, há de se comentar que esta coordenação envolve ações nacionais de controle de câncer pelo INCA o que explica os altos valores aqui informados. Note-se também o número de projetos que foram encaminhados pela CTP (neste caso a de Atenção Oncológica) para análise do Conselho Deliberativo e a definição pela sua implementação. A destinação de verba para material permanente e obras aproxima-se da casa dos 50 milhões, mas como informado está relaciona-se à criação de CACON[35] em várias cidades. Nestes quatro anos de ciclos do SISPLAN observou-se pouca compreensão para estabelecer a correlação entre as ações e os objetivos estratégicos/linhas de ação. Esta coordenação identificou a necessidade de uma melhor definição para a terminologia a ser adotada entre "atenção oncológica" e "atenção, prevenção e controle do câncer", devido ao risco político a ser disseminado no INCA. Isto se explica, pois a questão conceitual é muito importante partindo-se do princípio que, o INCA é composto entre outros por quatro unidades assistenciais e, o termo Atenção Oncológica que inclui prevenção e controle, soa bem próximo da Assistência Oncológica (um perfil mais hospitalar), embora um não exclua o outro.

[35] A sigla CACON significa Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. É o hospital que possui todas as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Todo CACON oferece tratamento assistencial radioterápico na própria estrutura hospitalar.

Tabela 5: Projetos da CPQ aprovados nas CTP e encaminhados ao CD

	Ciclo	Qtd Proj.	PASSAGENS	DIÁRIAS	MAT	MED	R.H.	SER. TER.	MAT PER.	OBRAS	TOTAL
CPQ	2004	7	13.100,00	15.100,00	167.500,00	0,00	54.600,00	50.000,00	153.000,00	0,00	453.300,00
	2005	2	25.000,00	0,00	277.200,00	0,00	51.900,00	0,00	160.500,00	0,00	514.600,00
	2006	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	2007	9	0,00	0,00	4.064.666,44	0,00	0,00	286.500,00	1.912.400,00	1.886.000,00	8.149.566,44
	Total	**18**	**38.100,00**	**15.100,00**	**4.509.366,44**	**0,00**	**106.500,00**	**336.500,00**	**2.225.900,00**	**1.886.000,00**	**9.117.466,44**

Fonte SISPLAN

A Coordenação de Pesquisa teve o encaminhamento de apenas 18 projetos para análise do CD nestes quatro anos. Contudo no ano de 2006, nenhum projeto foi levado ao Conselho Deliberativo. Na realidade existia uma reatividade ao SISPLAN por parte de alguns pesquisadores sobre o impacto deste modelo gerencial para a pesquisa. Como a atividade do pesquisador é o desenvolvimento de pesquisas, existia a dificuldade em estabelecer a diferença na definição de projeto para o SISPLAN e de projeto de pesquisa. Como alinhar os programas científicos às linhas de ação? Os objetivos estratégicos relacionados à pesquisa no entender dos pesquisadores fazem parte de uma visão extra-muros, isto é, para fora do INCA. Houve na ocasião uma discussão polêmica sobre o papel da pesquisa no INCA (uma instituição pública e de câncer) para o SUS, e a falta de uma definição institucional sobre a pesquisa fundamental. A CTP de pesquisa ficou de discutir junto àquela coordenação, sobre a definição das atividades de pesquisa e como elas poderiam ser incorporadas ao SISPLAN com um financiamento básico e como incluir no SISPLAN os financiamentos externos para as atividades. Uma das definições para isso foi a elaboração de uma proposta de agrupar as pesquisas por linhas ou programas de pesquisa no SISPLAN. Isto teve como efeito imediato no ano seguinte o encaminhamento de 9 projetos da Coordenação de Pesquisa para análise no CD, o mesmo número de todos os projetos somados dos ciclos anteriores.

Tabela 6: Projetos da CRH aprovados nas CTP e encaminhados ao CD

	Ciclo	Qtd Proj.	PASSAGENS	DIÁRIAS	MAT	MED	R.H.	SER. TER.	MAT PER.	OBRAS	TOTAL
CRH	2004	6	174.551,00	140.012,00	5.000,00	0,00	0,00	663.941,00	90.000,00	0,00	1.073.504,00
	2005	5	0,00	0,00	1,00	0,00	4.000,00	0,00	8.000,00	0,00	12.001,00
	2006	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75.000,00	0,00	0,00	75.000,00
	2007	4	0,00	0,00	54.733,55	0,00	0,00	1.253.000,00	48.700,00	0,00	1.356.433,55
	Total	**16**	**174.551,00**	**140.012,00**	**59.734,55**	**0,00**	**4.000,00**	**1.991.941,00**	**146.700,00**	**0,00**	**2.516.938,55**

Fonte SISPLAN

Os projetos da Coordenação de Recursos Humanos não foram muitos. O INCA convivia com uma realidade bastante crítica que era a falta de recursos humanos. O Ministério da Saúde não promovia concurso público desde a década de 90 e os problemas ocasionados por esta restrição eram muitos. Durante um determinado período a Fundação Ary Frauzino supriu esta demanda através da contratação de profissionais por concurso para preenchimento destas vagas. Estes profissionais eram contratados como “celetistas” e o seu vínculo era com a FAF. Isto levou ao esgotamento do modelo FAF com riscos de que se esta prática de reposição de recursos humanos não fosse refreada poderia ter conseqüências imprevisíveis. Assim, por determinação da direção geral, a Fundação Ary Frauzino (FAF) descontinuou este método e parou de contratar novos recursos humanos. O que aconteceu a seguir foi a dificuldade de se aprovar quaisquer projetos em que houvesse a necessidade de recursos humanos. Tais projetos deveriam estar incluídos como prioridade e mesmo assim seriam analisados com bastante rigor por reuniões extraordinárias das CTP, pois em sua maioria se tornariam atividades e necessitariam a avaliação de custo x benefício, etc. Daí se pode compreender os valores tão reduzidos para os projetos que foram encaminhados.

Tabela 7: Projetos da Direção Geral aprovados nas CTP e encaminhados ao CD

	Ciclo	Qtd Proj.	PASSAGENS	DIÁRIAS	MAT	MED	R.H.	SER. TER.	MAT PER.	OBRAS	TOTAL
DIR GER	2004	7	0,00	0,00	0,00	0,00	65.520,00	33.416,00	22.000,00	0,00	120.936,00
	2005	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	2006	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	2007	3	23.100,00	10.500,00	35.000,00	0,00	29.500,00	7.185.426,00	80.000,00	0,00	7.363.526,00
	Total	**10**	**23.100,00**	**10.500,00**	**35.000,00**	**0,00**	**95.020,00**	**7.218.842,00**	**102.000,00**	**0,00**	**7.484.462,00**

Fonte SISPLAN

A Direção Geral do INCA também tem seus projetos e atividades monitoradas no SISPLAN como qualquer outra Coordenação. Em dois ciclos não teve projetos aprovados e encaminhados pelas CTP para análise no Conselho Deliberativo. Para o ciclo 2007 houve a aprovação de três projetos para análise no CD envolvendo as comemorações pela passagem dos 70 anos de história do INCA, que demandaram pouco mais de R$ 7 milhões. A maior parte desta verba foi à custa da contratação de serviços.

Tabela 8: Projetos do HC I aprovados nas CTP e encaminhados ao CD

	Ciclo	Qtd Proj.	PASSAGENS	DIÁRIAS	MAT	MED	R.H.	SER. TER.	MAT PER.	OBRAS	TOTAL
HC I	2004	57	19.429,45	14.700,00	611.660,00	1.000,00	1.500,00	27.750,00	3.145.849,20	50.000,00	3.871.888,65
	2005	6	0,00	0,00	31.000,00	0,00	0,00	134.000,00	236.000,00	0,00	401.000,00
	2006	11	0,00	0,00	3.900,00	0,00	315.000,00	0,00	384.170,00	5.000,00	708.070,00
	2007	26	0,00	0,00	72.318,12	1.100,00	0,00	260.560,00	3.770.252,65	25.000,00	4.129.230,77
	Total	**100**	**19.429,45**	**14.700,00**	**718.878,12**	**2.100,00**	**316.500,00**	**422.310,00**	**7.536.271,85**	**80.000,00**	**9.110.189,42**

Fonte SISPLAN

O HC I é a unidade assistencial de maior complexidade dentro do INCA. Por este motivo foi a que incluiu o maior número de projetos para análise no Conselho Deliberativo ao longo deste período aqui analisado. As dificuldades ao longo deste período no HC I ficaram por conta de dúvidas sobre o SISPLAN ocorridas nos diversos ciclos de planejamento, processos administrativos e conseqüente encaminhamento de propostas para melhorias. Por sua complexidade, alguns projetos tiveram prioridade neste período como a criação da Unidade de Pós-Operatório, a digitalização de imagem diagnóstica e a reestruturação do centro cirúrgico. Apesar da necessidade de projetos desta magnitude, a diretoria em uma postura que nos parece de muito bom senso, optou por não propor inovações tecnológicas na assistência no fórum de planejamento de 2007, sem antes avaliar as últimas incorporações e os equipamentos essenciais às atividades. No conceito da direção do HC I havia projetos em andamento que deveriam ser concretizados antes de se pensar em novos que implicassem incorporação tecnológica. Neste cenário foi destacado novamente a importância de se priorizar a continuidade das atividades, mantendo-se a qualidade, e sem perder o foco nas novas tecnologias que deveriam ser incorporadas gradualmente.

Tabela 9: Projetos do HC II aprovados nas CTP e encaminhados ao CD

	Ciclo	Qtd Proj.	PASSAGENS	DIÁRIAS	MAT	MED	R.H.	SER. TER.	MAT PER.	OBRAS	TOTAL
HC II	2004	12	11.882,00	23.768,00	64.539,25	0,00	0,00	0,00	772.000,00	7.500.000,00	8.372.189,25
	2005	2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.800,00	46.000,00	0	47.800,00
	2006	10	0,00	0,00	59.460,00	0,00	0,00	1.600,00	537.966,70	0	599.026,70
	2007	4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	225.800,00	0	225800
	Total	**28**	**11.882,00**	**23.768,00**	**123.999,25**	**0,00**	**0,00**	**3.400,00**	**1.581.766,7**	**7.500.000,00**	**9.244.815,95**

Fonte SISPLAN

O HC II é o segundo hospital em complexidade no INCA. Foi incorporado ao INCA no começo dos anos 90, pois pertencia ao quadro do INAMPS. Situado próximo à Rodoviária, esta unidade hoje responde pelo atendimento aos pacientes das especialidades de Ginecologia e Cirurgia do Abdômen, contando ainda com os serviços de Oncologia e de Radioterapia. É um hospital estratégico para a Instituição já que em diversas oportunidades permite um “desafogo” dos serviços que estão impactando no HC I. Teve um total de 28 projetos encaminhados para o CD e um orçamento total de pouco mais de 9 milhões. Teve neste período como mérito aumentar o nível de participação dos funcionários nas questões referentes ao processo de planejamento das unidades. O primeiro ciclo do SISPLAN trouxe a necessidade de renovar a infra-estrutura do hospital que á se encontrava obsoleta o que ocasionou a maior demanda de recursos. Para os ciclos subseqüentes, particularmente o de 2007 a prioridade apontou a necessidade de aparelhar toda a área que estava em processo de construção que deveria ser concluída no biênio 2006/2007..

Tabela 10: Projetos do HC III aprovados nas CTP e encaminhados ao CD

	Ciclo	Qtd Proj.	PASSAGENS	DIÁRIAS	MAT	MED	R.H.	SER. TER.	MAT PER.	OBRAS	TOTAL
HC III	2004	6	1.000,00	0,00	9.400,00	0,00	0,00	16.500,00	4.911.629,00	0	4.938.529,00
	2005	0	0,00	0,00	0,00	0,00	000	0,00	0	0	0
	2006	6	0,00	0,00	1.000,00	0,00	0,00	80.000,00	648.346,42	0	729.346,42
	2007	4	0,00	0,00	20.000,00	0,00	0,00	0,00	981.673,86	0	1.001.673,86
	Total	**16**	**1.000,00**	**1,00**	**30.402,00**	**3,00**	**4,00**	**96.505,00**	**6.541.655,28**	**0**	**6.669.545,28**

Fonte SISPLAN

O Hospital do Câncer III (antigo Centro de Ginecologia Luiza Gomes de Lemos) também foi incorporado na década de 90 ao INCA mais ou menos na mesma época que o Hospital do Câncer II (1992), após a extinção da Fundação das Pioneiras Sociais. Desde 1999 é um hospital exclusivamente dedicado ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Em 2008 tornou-se a primeira unidade do INCA a receber a Certificação Internacional de Acreditação pela qualidade dos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Nestes quatro anos teve 16 projetos aprovados para discussão no CD ao longo destes 4 anos e o primeiro ciclo foi o de projetos com maior volume de recursos financeiros. Estes valores estavam relacionados com a aquisição de material permanente para reposição e início de novas atividades entre elas a digitalização de imagens e a mamografia digital além da implantação do serviço de radioterapia.

Tabela 11: Projetos do HC IV aprovados nas CTP e encaminhados ao CD

	Ciclo	Qtd Proj.	PASSAGENS	DIÁRIAS	MAT	MED	R.H.	SER. TER.	MAT PER.	OBRAS	TOTAL
HC IV	2004	5	20.000,00	12.000,00	16.500,00	0,00	0,00	86.000,00	0	0	134.500,00
	2005	3	0,00	0,00	80.000,00	0,00	0,00	55.000,00	2.600,00	0	137.600,00
	2006	3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	44.500,00	0	44.500,00
	2007	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	60.070,00	0	60.070,00
	Total	**12**	**20.000,00**	**12.000,00**	**96.500,00**	**0,00**	**0,00**	**141.000,00**	**107.170,00**	**0**	**376.670,00**

Fonte SISPLAN

O caçula das unidades assistenciais do INCA surgiu a partir de um serviço criado no antigo Hospital de Oncologia (HC II) conhecido como área de Cuidados Paliativos. Em 1989 esse programa foi transformado em serviço, recebendo o nome de Suporte Terapêutico Oncológico (STO) e ampliando suas atividades para um programa de visitas domiciliares. Em 1990 foi criado o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (GESTO), entidade filantrópica que dava apoio financeiro ao STO. O Hospital do Câncer IV é a unidade responsável pelo atendimento ativo e integral aos pacientes portadores de câncer avançado, sem possibilidades de cura, assistidos no INCA (site do inca, 2007). Em 2004, a unidade recebeu este nome, unificando a nomenclatura dos hospitais do INCA, por solicitação dos próprios pacientes e familiares que se sentiam excluídos da Instituição, quando de seu encaminhamento para os Cuidados Paliativos em 1986, do Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica. Mesmo assim apresentou 12 projetos que foram alinhados para a análise do CD. Os recursos financeiros dos projetos foram pequenos e uma das propostas daquela unidade era melhorar a gestão dos processos administrativos de aquisição de insumos e bens materiais.

Tabela 12: Projetos da DIPAT aprovados nas CTP e encaminhados ao CD

	Ciclo	Qtd Proj.	PASSAGENS	DIÁRIAS	MAT	MED	R.H.	SER. TER.	MAT PER.	OBRAS	TOTAL
DIPAT	2004	4	0,00	0,00	2.000,00	0,00	47.700,72	0,00	800,00	0,00	50.500,72
	2005	0	0,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00
	2006	2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12.000,00	33.600,00	0,00	45.600,00
	2007	0	0,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00
	Total	**6**	**0,00**	**2,00**	**2.004,00**	**6,00**	**47.708,72**	**12.010,00**	**34.412,00**	**14,00**	**96.116,72**

Fonte SISPLAN

A divisão de Patologia é oriunda do antigo serviço de patologia do Hospital do Câncer I. Apresentou 6 projetos de maior significância nestes quatro ciclos, de baixo valor orçamentário cujos maiores recursos foram direcionados para aquisição de material permanente em 2006 e recursos humanos em 2004.

Tabela 13: Projetos da COAS aprovados nas CTP e encaminhados ao CD

	Ciclo	Qtd Proj.	PASSAGENS	DIÁRIAS	MAT	MED	R.H.	SER. TER.	MAT PER.	OBRAS	TOTAL
COAS	2004	3	10.800,00	10.800,00	1.419,50	113.711,40	93.930,00	875.400,00	168.879,19	80.000,00	1.354.940,09
	2005	1	0,00	0,00	4.800,00	0,00	0,00	48.000,00	240.000,00	240.000,00	532.800,00
	2006	2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20.000,00	16.994.366,45	0	17.014.366,45
	2007	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0
	Total	**6**	**10.800,00**	**10.800,00**	**6.219,50**	**113.711,40**	**93.930,00**	**943.400,00**	**17.403.245,64**	**320.000,00**	**18.902.106,54**

Fonte SISPLAN

A Coordenação de Assistência inclui as quatro unidades hospitalares e na verdade somente seis projetos foram incluídos para análise do CD.. Na realidade os grandes projetos desta coordenação estavam incluídos nos projetos das unidades hospitalares. Entre as propostas desta coordenação encontrava-se o reaparelhamento destas unidades. Os fóruns de planejamento da COAS incluíram projetos com ênfase nas atividades de melhoria e aperfeiçoamento. A maioria dos projetos

também tinha como foco manter os níveis de produção dentro das capacidades instaladas priorizando projetos com cunho institucional.

Tabela 14: Consolidado SISPLAN 4 anos dos projetos aprovados e encaminhados ao CD

CICLO	QTD	STA	PASSAGENS	DIÁRIAS	MATERIAIS	MED	PESSOAL	SER. TER	MAT. PERM	OBRAS	TOTAL
2004	532	154	372.552,56	250.794,40	3.391.003,67	123.014,40	441.704,72	2.710.032,72	34.515.796,97	7.927.007,00	**49.731.886,44**
2005	474	41	455.244,80	81.592,02	833.951,00	144.009,00	444.192,00	1.388.622,11	12.104.018,00	27.459.558,53	**42.911.127,46**
2006	226	79	1.832.055,20	877.732,40	506.022,00	144.003,00	1.066.604,00	2.337.512,72	13.284.451,88	9.196.006,98	**29.244.368,18**
2007	214	103	1.928.040,80	721.309,40	5.218.620,11	145.103,00	1.108.882,00	19.528.005,97	14.933.838,99	9.441.007,00	**53.024.787,27**
Total	**1446**	**377**	**4.587.893,36**	**1.931.428,22**	**9.949.596,78**	**556.129,40**	**3.061.382,72**	**25.964.173,52**	**74.838.105,84**	**54.023.579,51**	**174.912.169,35**

Fonte SISPLAN 2007

O consolidado SISPLAN demonstra em bloco o que foi comentado ao longo destas planilhas. Foram quase 1500 projetos analisados nas diversas Câmaras Técnico-Políticas que indicaram cerca de 377 para serem analisados no Conselho Deliberativo. É certo que destes 377 apenas 101 (ciclos de 2004 a 2006) foram implementados no INCA - cerca de 30% - se considerarmos o ciclo de 2007 cujos dados finais não nos foi disponibilizado. O gráfico 2 demonstra que dois itens (obras e material permanente) são os que contribuíram com a maior fatia dos recursos financeiros dos quatro ciclos, como já era de se esperar.

Pode-se inferir que estes resultados do ponto de vista prático serviram para o amadurecimento do INCA em relação ao aplicativo e o uso desta ferramenta gerencial. Isto serviu como base para o fortalecimento dos conceitos de projetos e atividades. Esta ferramenta permitiu que fossem utilizadas regras definidas para orientação do planejamento ao longo deste período, e é importante salientar que o SISPLAN teve o mérito de propiciar agilidade ao que ficou acordado entre as coordenações e

o cumprimento de acordos ((contratualização e gestão compartilhada).

Paralelamente, o SISPLAN favoreceu o desdobramento de ações da coordenação de administração quanto à necessidade de que os contratos de manutenção de equipamentos devam estar adequados com o seu tempo de desgaste. Não se pode deixar de lembrar que todos os projetos, incluindo aqueles que envolvem manutenção devem estar incluídos no SISPLAN. Os diversos ciclos permitiram a quebra das resistências em relação ao SISPLAN.

A necessidade da realocação de recursos pelo CD no SISPLAN demonstrou a importância da racionalização dos custos, e por este motivo, se decidiu que os novos projetos devem manter o foco na otimização dos recursos para se adquirir novas tecnologias, pois elas geram impacto no orçamento de custeio, devido aos contratos de manutenção destes novos equipamentos.

Esta discussão trouxe como benefício a proposta de se rever os projetos já idealizados e cadastrados, avaliando a importância e a necessidade de cada um. É importante para o INCA, aproveitar as idéias mais consistentes e descartar as que não são prioritárias para a instituição. A perspectiva é que assim, haja um menor número de projetos, mas de maior relevância institucional.

O painel de indicadores[36] é outra propriedade do SISPLAN no planejamento institucional além dos projetos e atividades. A análise deste painel tem por objetivo traçar um breve panorama das condições de sua utilização até o presente. Para efeito da análise posterior, optou-se por um recorte até o mês de junho de 2007. Este prazo demarca um adequado ponto de controle do sistema, pois representa o final do segundo trimestre e do primeiro semestre de 2007.

[36] Indicador é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionada ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte. Um indicador não é uma medida direta de qualidade. É uma chamada que identifica ou dirige a atenção para assuntos específicos de resultados, dentro de uma organização de saúde, que devem ser motivo de uma revisão. Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato. (Bittar, 2001)

Os resultados serão apresentados com base nas informações e parâmetros do próprio sistema. A Tabela 19 dispõe as informações contidas no Painel de indicadores, tidas como mais significativas para esta análise, incluindo alguns parâmetros que permitem qualificá-las. Para melhor entendimento do exposto, cabe o esclarecimento de alguns elementos da referida tabela. O título dos indicadores foi reproduzido da mesma forma que consta no SISPLAN. A "finalidade" consta de uma explicação que pretende elucidar quais os objetivos quanto à escolha daquele determinado indicador e seu papel para o entendimento dos processos levados a efeito por cada coordenação. As metas indicadas foram extraídas do SISPLAN, tal qual expressas no sistema. A coluna denominada "Relação Resultado/Meta" indica os pressupostos para a avaliação do resultado em relação à meta. Ou seja, para uma determinada meta, um bom resultado é auferido quando o valor indicado é alcançado ou quando o resultado fica aquém, ou abaixo da meta – o que na tabela foi definido como relação "negativa".

O "Último Resultado", apresentado na coluna da Tabela, consta do resultado do mês de junho de 2007, para os indicadores atualizados, ou indica o último registro feito no ano, com relação aos respectivos indicadores e suas metas. Quando durante todo o período não foram incluídas informações, a tabela indica o termo "Sem Registro". Na tentativa de possibilitar uma avaliação do desempenho, foram utilizadas médias no período. A primeira coluna, "Média ou Resultado Neste Exercício" indica a média do comportamento das metas do início do ano até o mês de junho, sendo que a outra coluna, "Média ou Resultado no Ano Anterior" contém a mesma indicação para o exercício de 2006.

Para 2007 foram considerados os seis primeiros meses (para os indicadores mensais), os dois primeiros trimestres (para os trimestrais) e o resultado do semestre. Para indicadores anuais, em 2007, consta a notação NA (Não se Aplica). Com relação a 2006, a coluna apresenta a média mensal, trimestral ou semestral, conforme o caso, e o resultado para o ano como um todo, quando se trata dos indicadores anuais. Da mesma forma, se durante todo o exercício não houve registro, consta à anotação "sem registro". As demais colunas indicam o período da última atualização; a periodicidade com que o indicador deve ser atualizado; a forma de inserção, se manual ou automática; o

tipo de indicador que está sendo utilizado; e a última coluna foi reservada para observações que se fizessem necessárias para elucidar particularidades em relação aos indicadores ou ao preenchimento destes.

Quadro 5: Painel de Indicadores SISPLAN

Coordenação	Indicador	Finalidade	Relação Res/ Meta		Meta	Último Resultado	Média ou Resultado neste Exercício	Média ou Resultado no Ano Anterior	Última Atual.	Periodicidade	Inserção	Indicador Tipo
			POS	NEG								
COAE	Percentual de recursos empenhados	Acompanhar e monitorar a execução orçamentária do INCA.	x		8,3%	8,0%	9,2%	8,9%	jun/07	mensal	manual	Orçamento e Finanças
	Percentual de recursos executados	Acompanhar e Monitorar a execução orçamentária do INCA.	x		8,3%	1,7%	6,5%	7,0%	jun/07	mensal	manual	Orçamento e Finanças
COAD	Estoque com baixa movimentação	Medir o valor dos estoques ativos com cobertura maior que 8 (oito) meses		x	5,0%	17,9%	16,4%	41,8%	jun/07	mensal	automático	Orçamento e Finanças
	Estoque obsoleto	Medir o valor dos estoques obsoletos (fora do uso) mantidos na Instituição		x	3,0%	0,1%	1,7%	0,2%	jun/07	mensal	automático	Orçamento e Finanças
	Percentual de processos emergenciais (só INCA) Modalidade: 24-IV	Medir o percentual de processos emergenciais em relação ao total dos processos emitidos		x	10,0%	11,1%	21,3%	18,7%	jun/07	mensal	automático	Orçamento e Finanças
	Percentual do valor comprado em caráter emergencial (só INCA) Modalidade: 24-IV	Medir o percentual de processos emergenciais em relação ao total dos processos emitidos			5,0%	0,5%	28,5%	15,9%	jun/07	mensal	automático	Orçamento e Finanças
	Tempo médio total de trâmite de processos - Modalidade: Pregão	Medir o percentual do valor comprado em caráter emergencial em relação ao total comprado		x	92	100	114	181	jun/07	mensal	automático	Orçamento e Finanças
	Disponibilidade de equipamentos críticos de radioterapia e radiologia	Monitorar a produção dos equipamentos críticos de radioterapia e radiologia	x		98%	92,5%	83,8%	98,0%	jun/07	mensal	automático	Produção
	Tempo médio de resolução de Ordens de Serviços (OS) da SEMED	Determinar o tempo médio de resolução das OS da SEMED		x	15	39	35	33	jun/07	mensal	manual	Qualidade
	Giro de estoque	Medir índice de renovação dos estoques		x	5,5	17,2	17	4	1º sem/07	semestral	automático	Processo
	Variação de preços	Medir a variação de preços da compra atual em relação aos preços praticados na compra anterior.		x	5,00%	-4,70%	-1,4%	-0,8%	2° trim/07	trimestral	automático	Qualidade

CS	Quantidade de acessos externos ao site do INCA	Monitorar o número de acessos externos ao site do INCA	x		321.725	500.769	si	376704	set/06	mensal	manual	Produção
CS	Percentual de matérias positivas sobre o INCA	Acompanhar o percentual de matérias positivas em relação ao total de matérias.	x		70%	68,20%	si	80,0%	set/06	mensal	manual	Qualidade
GABINETE	Tempo médio de resposta aos expedientes recepcionados no Gabinete da Direção Geral	Avaliar a agilidade de resposta aos expedientes recebidos no Gabinete da Direção Geral		x	2,0	5,6	6,7	3,6	jun/07	mensal	manual	Qualidade
	Tempo médio de resposta aos processos recepcionados no Gabinete da Direção Geral	Avaliar a agilidade de resposta aos processos		x	2,0	4,0	4,7	4,7	jul/07	mensal	manual	Qualidade
CRH	Percentual de horas perdidas devido a licenças para doenças efetivamente comprovadas e concedidas	Não Consta		x	5,0	4,1	4,1	4,1	1º sem/07	semestral	manual	Produtividade
	Percentual de ocorrências de acidentes de trabalho no INCA, efetivamente notificados.	Não Consta		x	1,5	0,8	0,8	1	1º sem/07	semestral	manual	Produtividade
	Percentual de profissionais do INCA que participaram de processo de qualificação técnico-profissional	Não Consta	x		20%	10,10%	13,1%	8,9%	2º trim/07	trimestral	manual	Produtividade
CONPREV	Percentual de CACON / EXPANDE com modelo de monitoramento implantado	Avaliar a implantação do modelo de monitoramento de CACON / EXPANDE	x		100%	S.R	S.R	S.R	S.R	mensal	manual	Produção
	Percentual de municípios com Programa de Cessação do Tabagismo implantado	Monitorar a implantação do Programa de Cessação do Tabagismo nos Estados	x		70%	S.R	S.R	S.R	S.R	mensal	manual	Produção
	Percentual de municípios treinados para implantação do Programa de Cessação do Tabagismo	Monitorar a implantação do Programa de Cessação do Tabagismo nos Estados	x		100%	S.R	S.R	S.R	S.R	mensal	manual	Produção

CONPREV	Percentual de Unidades da Federação - UF capacitadas para implantação do Programa Ambientes Livre de Tabaco (ALT)	Promover a implantação de ALT em bares, restaurantes e *shoppings*	x		100%	S.R	S.R	S.R	S.R	mensal	manual	Produção
	Percentual de Unidades da Federação - UF capacitadas na Versão 4.0 do SISCOLO	Avaliar a implantação da nova versão do SISCOLO	x		100%	S.R	S.R	S.R	S.R	mensal	manual	Produção
	Projeto para implantação, na ANVISA, de Laboratório de Pesquisa e Vigilância dos Produtos do Tabaco.	O indicador: Projeto para implantação, na ANVISA, de Laboratório de Pesquisa e Vigilância dos Produtos do Tabaco, visa a elaboração de projeto de assessoria a ANVISA.	x		1	0	0	0	dez/06	anual	manual	Estrutura
	Divulgação do Plano de Ação de Controle do Tabagismo no Sexo Feminino	Acompanhar o Processo de Divulgação do Plano de Ação de Controle do Tabagismo no Sexo Feminino	x		0	S.R	S.R	S.R	S.R	anual	manual	Processo
	Ratificação da Convenção-Quadro	Avaliar o processo de ratificação da Convenção-Quadro pelo Brasil	x		0	S.R	S.R	S.R	S.R	anual	manual	Processo
	Percentual de avaliações locais de fótons e elétrons realizadas pelo PQRT	Conhecer as condições de operação dos irradiadores dos serviços de radioterapia	x		100%	30%	NA	30%	dez/06	anual	manual	Produção
	Percentual de avaliações postais de feixes de parâmetros inerentes às irradiações em pacientes de radioterapia	Conhecer as condições de operação dos principais parâmetros inerentes às irradiações dos pacientes em radioterapia	x		100%	100%	NA	100%	dez/06	anual	manual	Produção
	Percentual de cidades brasileiras que realizaram o Inquérito de Tabagismo em Escolares	Quantificar o percentual de cidades que realizaram o Inquérito de Tabagismo em Escolas.	x		100%	28,60%	NA	28,60%	dez/06	anual	manual	Produção
	Percentual de RCBP com informação consolidada	Avaliar a produção de informações pelço RCBP	x		95%	91%	NA	91%	dez/06	anual	manual	Produção
	Percentual de CACON com RHC que utiliza o aplicativo SISRHC	Avaliar a utilização do aplicativo SISRHC	x		80%	82%	82%	81%	2º trim/07	trimestral	manual	Processo

CPQ	Média dos índices de impacto dos artigos publicados em revistas indexadas QUALIS A, nos últimos 3 (três) anos.	Acompanhar a média dos índices de impacto dos artigos publicados em revistas indexadas QUALIS A, nos últimos 3 (três) anos.	x		5	S.R	S.R	S.R	S.R	anual	manual	Produção
	Montante de recursos captados por ano pelo conjunto de pesquisadores, excluindo ensaios clínicos.	Não Consta	x		300.000,00	5.106.334,00	NA	5.106.334,00	dez/06	anual	manual	Produção
	Nº. de artigos publicados em revistas indexadas QUALIS A, nos últimos 3 (três) anos.	Quantidade de artigos publicados em revistas indexadas QUALIS A, nos últimos 3 (três) anos.	x		5	7	NA	7	dez/06	anual	manual	Produção
	N° de alunos orientados, por Pesquisador, em programas de pós-graduação do INCA.	Quantidade de alunos orientados, por Pesquisador, em programas de pós-graduação do INCA	x		1	1	NA	1	dez/06	anual	manual	Produção
	N° de orientações em andamento, por Pesquisador, no nível de doutorado.	Não Consta	x		1	1	NA	1	dez/06	anual	manual	Produção
CPQ	N° de orientações em andamento, por Pesquisador, no nível de iniciação cientifica.	Não Consta	x		1	1	NA	1	dez/06	anual	manual	Produção
	N° de orientações em andamento, por Pesquisador, no nível de mestrado.	Não Consta	x		1	1,3	NA	1,3	dez/06	anual	manual	Produção
	Participação em programas de pós-graduação do INCA, por pesquisador.	Não Consta	x		1	1	NA	1	dez/06	anual	manual	Produção
	Percentual de pacientes atendidos em projetos de pesquisa clínica	Avaliar a produção científica individual	x		0%	4,40%	NA	4,40%	dez/06	anual	manual	Produção
	Evasão Discente	Avaliar a qualidade dos cursos e avaliar as causas de evasão.		x	2,00%	8,20%	8,20%	7,15%	1º sem/07	semestral	automático	Qualidade
	Grau de satisfação Discente	Avaliar o grau de satisfação dos discentes em relação aos cursos oferecidos.	x		75%	S.R	S.R	S.R	S.R	semestral	manual	Qualidade

CEDC	Tendência na oferta anual de cursos	Avaliar a tendência na oferta anual de cursos	x		5	S.R	S.R	S.R	S.R	anual	manual	Produção
	Grau de cumprimento de requisitos para certificação do aluno Residente	Avaliar o cumprimento de requisitos para certificação de alunos egressos do INCA	x		100%	96,50%	NA	96,50%	dez/06	anual	manual	Qualidade
	Qualidade científica das monografias apresentadas por alunos-residentes do INCA	Avaliar o domínio de ferramentas básicas de produção de trabalhos científicos em egressos da residência médica do INCA	x		75%	S.R	S.R	S.R	S.R	anual	manual	Qualidade
	Relação de Candidatos/Vagas por ano	Acompanhar a relação Oferta/Demanda dos cursos oferecidos pelo INCA.	x		6	S.R	S.R	S.R	S.R	anual	manual	Qualidade
COAS	Pacientes aguardando transplante de medula óssea de não-aparentado	Avaliar o número de pacientes aguardando doador não-aparentado.		x	60	172	168	90	jun/07	mensal	automático	Produção
	Quantidade de atendimentos de Quimioterapia	Acompanhamento da produção de Quimioterapia	x		2873	3011	3080	2997	jun/07	mensal	manual	Produção
	Quantidade de campos irradiados na Radioterapia	Acompanhamento da produção da Radioterapia	x		14835	14200	13074	13458	jun/07	mensal	manual	Produção
	Quantidade de cirurgias realizadas	Acompanhamento da produção cirúrgica	x		1042	526	688	921	jun/07	mensal	automático	Produção
	Quantidade de consultas médicas	Acompanhamento da produção ambulatorial	x		20542	18553	16996	18820	jun/07	mensal	automático	Produção
	Quantidade de doadores de Medula Óssea	Avaliar o número de doadores ativos cadastrados	x		5000	14170	16289	15087	jun/07	mensal	automático	Produção
	Quantidade de matrículas novas	Acompanhamento da absorção de novos pacientes	x		965	570	704	638	jun/07	mensal	automático	Produção
	Quantidade de transplantes de Medula Óssea de Aparentados	Acompanhamento da produção de transplantes de aparentados	x		5	0	2	2	jun/07	mensal	manual	Produção
	Quantidade de transplantes de Medula Óssea de Não-aparentados	Obter o total de quantidade de transplantes de Medula Óssea de Não-aparentados	x		2	1	0,8	1,3	jun/07	mensal	manual	Produção

COAS	Quantidade de visitas domiciliares	Acompanhar a realização de visitas domiciliares	x		876	1387	1301	1164	jun/07	mensal	automático	Produção
	Quantidade mensal de internações	Acompanhamento da produção de internação hospitalar	x		1298	1265	1250	1192	jun/07	mensal	automático	Produção
	Total de transplantes de Medula Óssea	Acompanhamento da produção total de transplantes de Medula Óssea	x		8	5	7	7	jun/07	mensal	manual	Produção
	Consumo de Morfina	Mensurar o consumo de morfina no tratamento da dor crônica de pacientes com câncer.	x		1200	1046	1234	Indicadores com Problemas	jun/07	mensal	manual	Qualidade
	Taxa de infecção hospitalar	Acompanhamento da qualidade da assistência prestada		x	15,30%	7,40%	9,3%	8,0%	jun/07	mensal	manual	Qualidade
	Taxa de Mortalidade Hospitalar	Padronização da nomenclatura no censo hospitalar de acordo com a portaria 312		x	19,40%	19,10%	19,8%	16,0%	jun/07	mensal	manual	Qualidade
	Taxa de Ocupação Hospitalar	Padronização da nomenclatura no censo hospitalar de acordo com a portaria 312	x		87%	105,60%	89,0%	72,0%	jun/07	mensal	manual	Qualidade
	Tempo médio de permanência	Atender a portaria n°1703/GM que estabelece os parâmetros de avaliação de desempenho dos hospitais de ensino		x	10,5	10,9	10,3	9	jun/07	mensal	manual	Qualidade
	Quantidade de Pareceres Técnicos sobre Regulação da Atenção Oncológica para Gestores do SUS (MS, SES e SMS)	Avaliar a produção de Pareceres Técnicos	x		64	86	68	64	2° trim/07	trimestral	manual	Produção

Fonte SISPLAN: Junho de 2007

A Tabela 19 revela algumas questões que devem ser ponderadas, em relação ao preenchimento dos indicadores, por parte das coordenações e demais setores. O primeiro dado é o de que oito indicadores não descrevem a finalidade para as quais foram eleitos. Embora os objetivos possam estar implícitos e, assim, seja possível deduzi-los, é importante que cada setor explicitasse com clareza o que pretendia avaliar com a utilização de cada um dos indicadores inscritos no Painel. Outra ocorrência é a de que já nesta tabela – e, também, sintetizado na Tabela 16 - percebe-se a presença de 12 indicadores sem registro de metas no ano de 2006, número que se amplia para 14 em 2007.

Alguns resultados expressam valores imensamente maiores do que as metas propostas, o que parece indicar ou alguma excepcionalidade que o justifique, ou alguma inadequação da própria meta. Caso a resposta se enquadre no primeiro caso (excepcionalidade), alguma explicação deveria constar nas *"Notas"*, que incluem o Painel de Indicadores no SISPLAN. Além disso, há lançamentos indevidos, pois já adiantam resultados futuros, e ainda indicadores anteriores com problemas, necessitando revisão.

Um elemento ainda relevante, quanto ao painel, refere-se ao preenchimento automático dos indicadores. Quanto a isto, os dados contidos no SISPLAN, num primeiro momento, eram extraídos do Sistema Hospitalar de Informações (SHI[37]), passando mais recentemente a serem repassados do ABSOLUTE[38], sendo que esta passagem de dados entre sistemas apresentava e apresenta inconsistências, que podem prejudicar a confiabilidade nas informações presentes no Painel. Embora estas inconsistências venham sendo apontadas já há algum tempo, até o momento ainda são requeridas ações que venham a corrigir as falhas existentes gerando maior precisão e, com isto, maior confiabilidade no sistema.

As informações distribuídas na Tabela 15 foram agregadas na tabela 16, para permitir uma visão mais sintética do quadro atual.

---

[37] O SHI (sistema hospitalar de informações) que compunha uma base de dados do INCA onde são lançados informações sobre os pacientes desde o momento inicial da matrícula.

[38] Absolute é o sistema hospitalar de informações subsequente ao SHI com uma interface mais amigável e que permite maior flexibilização de informações.

Quadro 6 : Acompanhamento e Inserção dos Indicadores

COORDENAÇÃO	Nº.	Acompanhamento			Inserção		Periodicidade			
		Atualizados	Desatualizados	Sem Registro	Automática	Manual	Mensal	Trimestral	Semestral	Anual
COAE	2	2	0	-	0	2	2	0	0	0
COAD	9	9	0	-	8	1	7	1	1	0
CS	2	0	-	2	0	2	2	0	0	0
GABINETE	2	2	0	-	0	2	2	0	0	0
CRH	3	3	0	-	0	3	0	1	2	0
CONPREV	13	6	-	7	0	13	5	1	0	7
CPQ	9	8	-	1	0	9	0	0	0	9
CEDC	6	2	-	4	1	5	0	0	2	4
COAS	18	17		-	7	11	17	1	0	0
TOTAIS	**64**	**49**	**0**	**14**	**16**	**48**	**35**	**4**	**5**	**20**

Fonte SISPLAN 2007

A Tabela 20 revela que em junho de 2007 não havia indicadores desatualizados, porém 14 deles permaneciam sem registro, sendo que 12 se encontram nesta situação desde o ano de 2006. Dos 68 indicadores presentes no Painel, 48 são de inserção manual e os restantes 16 são incluídos automaticamente. Quanto à periodicidade, a maioria é de indicadores mensais (35), seguidos dos atualizados anualmente (20), aparecendo um pequeno número de indicadores semestrais (5) e trimestrais (4).

Quadro 7: Indicadores do Painel por Tipo

OORDENAÇÃO	Tipos de Indicador						Total
	Orçamento/ Finanças	Produção	Qualidade	Processo	Produtividade	Estrutura	
COAE	2	-	-	-	-	-	2
COAD	5	1	2	1	-	-	9
CS	-	1	1	-	-	-	2
GABINETE	-	-	2	-	-	-	2
CRH	-	-	-	-	3	-	3
CONPREV	-	9	-	3	-	1	13
CPQ	-	9	-	-	-	-	9
CEDC	-	1	5	-	-	-	6
COAS	-	13	5	-	-	-	18
TOTAIS	**7**	**34**	**15**	**4**	**3**	**1**	**64**

Fonte SISPLAN 2007

A Tabela 21 especifica o tipo de indicador utilizado. O critério para esta classificação foi definido, de modo consensual, entre os setores, à época da pactuação, quando foram identificados 8 tipos de indicadores. Levando-se em consideração a classificação clássica de Avedis Donabedian (“Estrutura”, “Processo” e “Resultado” - 1980), quase todos os indicadores estariam na categoria definida por este autor como “Processo”. Apenas um indicador do Painel foi explicitado como sendo de “Estrutura”. Neste caso, deve-se observar que os indicadores classificados como de “Orçamento e Finanças”, no painel, estariam, também, na categoria “Estrutura”, na definição de Donabedian.

No entanto, ao que parece, a tipologia adotada para o Painel procurou qualificar melhor os processos desenvolvidos, especificando com mais detalhe os indicadores escolhidos. Cabe o registro da ausência de indicadores de Resultado, ou de alguma tipologia relacionada a esta categoria. Não é o caso, aqui neste painel, de especular sobre razões, ou mesmo avaliar se indicadores de resultado seriam pertinentes, nestes casos, porém, fica o registro do fato, para posterior análise.

Ultrapassa o escopo desta tese - neste breve perfil do painel de indicadores – discutir do ponto de vista qualitativo às causas e razões do alcance ou não do atingimento das metas propostas. Da mesma forma também não serão discutidos, os motivos da ausência de registros e da não retificação de problemas e até da adequação das metas indicadas às reais necessidades do monitoramento e avaliação de cada área.

O panorama aqui proposto procurou delinear em linhas gerais as condições do Painel de Indicadores do INCA, até o presente momento. As informações apresentadas permitem indicar a existência de lacunas e falhas que persistem neste instrumento de planejamento. Como exemplos podem-se apontar: o elevado número de indicadores sem registro; a ausência da descrição de finalidades para alguns indicadores; a presença de erros não corrigidos; a desproporcionalidade de alguns resultados em relação às metas; o expressivo número de metas não alcançadas; a inexistência de indicadores de resultados; e, por vezes, possível inadequação quanto a distribuição da temporalidade. Alguns indicadores não são apropriados para demonstrar, do modo mais significativo, as realidades, processos e resultados, os quais pretendem expressar – isto na opinião de gestores que propõem sua revisão. Além disso, ocorre uma inconsistência na transferência de dados entre o ABSOLUTE e o SISPLAN, no aguardo de uma solução. Estas mesmas falhas e lacunas, que perduram ao longo dos dois últimos anos, podem ser um indicativo de que os indicadores ainda não ocupam o lugar, nem são percebidos com o significado que deveriam do ponto de vista da ação e da gestão dos processos na Instituição.

CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO FINAL E CONCLUSÕES

"O que eu espero senhores, é que depois de uma longa discussão todos concordem comigo".
Sir Winston Churchill

6.1 – DISCUSSÃO FINAL E CONCLUSÕES

Inicia-se aqui a parte final desta tese em que discutimos até agora isoladamente, gestão na saúde, gestão hospitalar, ferramentas gerenciais tendo em sua maior parte o INCA como pano de fundo. A discussão acontecerá a partir dos problemas a serem discutidos nesta tese.

1. A gestão de saúde hoje pode prescindir de ferramentas gerenciais que auxiliem no planejamento institucional?
2. Pode o SISPLAN ser suficiente como ferramenta gerencial para atender as demandas de uma instituição pública no modelo de Gestão Participativa e Compartilhada como o INCA, ou necessita de outra para complementá-la?

Nesta discussão final, algumas análises do SISPLAN - não estão embasadas necessariamente em comprovação de dados e resultados constantes da pesquisa de campo - são da percepção do autor por fazer parte integrante da rotina diária do INCA como membro do seu "*staff".* Entretanto, o que pode ser criticado como um caráter intuitivo e sem fundamento científico em um estudo desta importância, tem como base o conhecimento de quase 30 anos de vida institucional que permite elucidar alguns pontos que somente quem conhece a estrutura e o dia-a-dia do INCA pode fazer.

Foi discutido nesta tese até o momento, que as organizações bem sucedidas estão sempre em busca de estratégias inovadoras que as levem a uma posição de destaque em seus segmentos e garantam sua competitividade e sustentabilidade. Os gestores dessas organizações se esforçam por conhecer novas técnicas e tecnologias de gestão, mas o conhecimento e envolvimento apenas dos líderes não são suficientes para que estas empreitadas tenham êxito. É fundamental que mais pessoas abracem a causa e comprometam-se com o alcance dos desafios propostos, dos conselheiros aos operadores, passando principalmente pela gerência média, que representa o principal elo entre liderança e os colaboradores da linha de frente.

Ao mesmo tempo, ao se examinar a literatura na área da gestão hospitalar observa-se o domínio dos critérios da racionalidade nos modelos, teorias e abordagens propostas. As instituições de saúde, por sua complexidade, exigem

sempre dos seus gestores criatividade na formulação de modelos e, abordagens gerenciais que lhes permitam atuar em um contexto complexo caracterizado por objetivos difusos, tecnologia múltipla de ponta, natureza qualitativa e sensibilidade do trabalho na área da assistência. Neste particular, conforme mostrado nesta pesquisa, nem sempre os modelos gerenciais têm ajudado muito os gestores a lidar com a complexidade e as incertezas do futuro presentes nestas organizações.

A própria construção do futuro, objetivo maior do planejamento combina como destaca Motta (1991), uma dimensão racional-analítica e uma dimensão intuitiva. Para superar os obstáculos inerentes ao processo de planejamento, sejam técnicos, políticos ou sociais, os gestores necessitam dominar a arte de lidar com processos não racionais que envolvem intuição, subjetividade, emoção, experiência e criatividade, embora não sejam os itens em que estejam baseadas as tomadas de decisão.

Uma vez que instituições de saúde são organizações centradas no conhecimento cujo trabalho é desenvolvido por equipes multiprofissionais especializadas, as técnicas de gestão necessitam ser adequadas a este contexto, caso contrário sua eficácia ficará ameaçada. Esta adaptação exige dos gestores habilidades artesanais para poder implantar um processo de planejamento, que oriente o trabalho na organização e, ao mesmo tempo, respeite a autonomia dessas equipes e os motive a produzir e contribuir para a obtenção dos objetivos estabelecidos pela gestão da instituição.

Foi documentado durante o desenvolvimento da tese, que não existe uma única forma ou único padrão de se formular e implementar o planejamento na área de saúde. Qualquer que seja a abordagem a ser adotada irá exigir dos gestores, mais do que o domínio de habilidades técnicas racionais, ou mesmo de competências políticas no trato dos interesses dos indivíduos e grupos. Um processo de execução e gestão da estratégia, que leve as organizações a um novo patamar de desempenho, está intimamente ligado à mudança, pois traz impactos significativos no "*status quo"* de uma organização e de seus funcionários. Não se pode esquecer, contudo, do comentário de Kaplan e Norton (1993) que mais importante que a estratégia é a execução brilhante da estratégia.

A execução da estratégia – e consequentemente de suas revisões – provoca uma série de mudanças em todos os níveis organizacionais, sejam elas estruturais, tecnológicas, relacionadas à forma de gestão ou até mesmo à estrutura de poder. Percebe-se que independentemente da organização, a ênfase dada pelos gestores tem sido em planejamento, mas é na execução que os problemas, obstáculos e desafios realmente acontecem. Fazer acontecer é o grande gargalo da maioria das instituições.

Apesar disso, é possível observar neste estudo que a definição de metas ousadas, novos modelos de avaliação de desempenho, o estabelecimento de novos fóruns de discussão e de tomadas de decisões, novas tecnologias, a atribuição de novas responsabilidades em vários níveis hierárquicos e a adoção de novas ferramentas gerenciais e metodologias são os pontos necessários a uma nova cultura organizacional. Ou seja, ao executar sua estratégia a organização inteira é afetada, e o engajamento e comprometimento de todos tornam-se fundamentais para se obter os resultados esperados. Todavia, algumas pessoas tendem a resistir e negar mudanças, o que pode liquidar com os esforços desta transformação. Por este motivo se faz necessário dedicar atenção, tempo e recursos essenciais para gerenciamento de todas as transformações inerentes à estratégia. Isto é o que determinará o sucesso ou o fracasso de uma iniciativa desta natureza.

Foi mostrado ao longo desta tese que várias organizações se utilizaram de ferramentas gerenciais nestas transformações. Algumas com melhor resultado do que outras mesmo aquelas que não eram necessariamente da área da saúde. O INCA resolveu desenvolver sua própria ferramenta gerencial, com as características necessárias para atender ao novo modelo de gestão que estava sendo implantado a partir do 2º semestre de 2003. A proposta deste modelo era a gestão participativa e compartilhada que demandava o uso de uma ferramenta gerencial que permitisse transparência na gestão. O INCA já possuía diretrizes estratégicas e o SISPLAN veio possibilitar o monitoramento e o acompanhamento dessas atividades.

Conforme mencionado no capítulo 3, estudava-se a possibilidade de introduzir o *Balanced Scorecard (BSC)* como ferramenta gerencial ao final de

2002, para auxílio no planejamento estratégico 2003-2004. O *BSC* já trazia na sua essência, a proposta de ser uma ferramenta que permitia a medição do desempenho de uma forma global na instituição.

No ano de 2003, entretanto, a força da instituição foi colocada à prova por uma crise político-administrativa sem precedentes. O apoio recebido pelos vários setores da sociedade, incluindo a imprensa, denotou a importância do INCA como patrimônio público a ser preservado. Para se ter uma dimensão do problema, ao longo daquele ano, a Direção Geral do Instituto foi constituída por três diretores. Foi exercida até 14 de março pelo Dr. Jacob Kligerman e até 3 de setembro pelo Dr. Jamil Haddad e a partir de 12 de setembro de 2003, pelo Dr. José Gomes Temporão, com o compromisso de promover inovações no campo da gestão. O que aconteceu na realidade?

Com a mudança do Governo Federal, um novo ministro da saúde (Dr. Humberto Costa) assumiu o cargo e promoveu mudanças na direção geral do INCA no início de 2003. Foi nomeado o Dr. Jamil Haddad e por seu intermédio foi feita à nomeação política da senhora Zélia Abdulmacih para a Coordenação de Administração. A referida senhora - uma profissional com experiência administrativa, mas sem nenhuma experiência na área de saúde - promoveu uma crise administrativa sem precedentes com o desabastecimento do instituto e extensa exposição negativa na mídia. Tal situação à época culminou com a entrega dos cargos de confiança de direção, dos cinco diretores das unidades assistenciais. Este protesto levou o então diretor-geral, Jamil Haddad, a pedir demissão. Isto resultou na intervenção do INCA pelo Ministério da Saúde e um comitê gestor passou a administrar o hospital até que o atual ministro da saúde José Gomes Temporão tomasse posse, em setembro do mesmo ano.

Ao assumir o cargo de diretor geral, o antigo militante da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe consigo o firme propósito de fortalecer a importância técnica e política do INCA e, implantar um novo modelo de gestão baseado no conceito da participação e do compartilhamento das ações. A implantação deste novo modelo de gestão participativa e compartilhada, preconizado pelo Governo Federal através do Plano Brasil de Todos, começou a ser planejado em fins de 2003 visando redesenhar os espaços institucionais de

decisão, discussão de políticas e consenso. Era a proposta de um sistema de gerenciamento organizacional moderno que permitiria a todos, uma visão mais global do Instituto e um meio eficiente de envolver a totalidade dos funcionários nas prioridades estratégicas da instituição.

Para auxiliar este modelo de gestão foi proposta a utilização de uma ferramenta gerencial que auxiliasse a direção nesta empreitada. Novamente o *BSC* foi apresentado para o novo gestor. A pouca informação e familiaridade sobre a utilização do BSC disponibilizadas para o diretor em outras instituições públicas de saúde, fizeram com que a adoção desta ferramenta fosse desconsiderada.

De acordo com o Dr. Luis Maltoni da Coordenação de Assistência em depoimento transcrito em sua íntegra na seção de anexos nesta tese, houve dois grandes entraves para a implementação do *BSC*. O primeiro, foi o fato da empresa de consultoria que trouxe o *BSC*, não estar familiarizada com o INCA e principalmente não conhecer a cultura organizacional, gerando dificuldades de comunicação com a instituição. Isso criou problemas não somente na compreensão do instrumento *(BSC)*, como também no distanciamento em relação ao sistema - pela dificuldade de comunicação - e principalmente em relação às tradições com quem estava fornecendo as informações. Some-se a isso o fato do *BSC* naquele momento ser um instrumento novo na área de saúde no Brasil (em implementação à época somente no Hospital 9 de Julho e Prefeitura de Carazinho no Rio Grande do Sul) e de pouca visibilidade no Rio de Janeiro.

Pode-se até imaginar como teria sido se o *BSC* houvesse sido implantado no INCA, mas não se pode deixar de imaginar os problemas advindos da adoção pura e simples de determinadas ferramentas gerenciais. Geralmente, os problemas comuns se referem ao plano social e filosófico, pois as ferramentas se destinam à aplicação em diferentes áreas da administração e apresentam naturezas diversas.

Concordando com a concepção defendida por Maximiano (2007), pode-se dizer que a administração contemporânea em verdade não apresenta métodos empíricos comprovados que possam ser aplicados a qualquer realidade

organizacional. Um problema de cunho filosófico na adoção de ferramentas gerenciais reside no fato de que alguns gestores aderem de forma indiscriminada às soluções propostas por estes instrumentos e acreditam que eles sejam aplicáveis a qualquer realidade organizacional (Álcaro, 2003).

> *"Ao aplicar a experiência própria ou alheia, é preciso cuidado para não generalizar aquilo que é particular. O que é verdadeiro e deu certo numa situação pode não funcionar em outra". (Maximiniano, 2007)*

Dentro dessa linha de pensamento, encontram-se as motivações sócio-culturais à adoção equivocada de novas ferramentas de gestão. Ao analisar os problemas individuais das ferramentas, percebe-se que a menção dessas dificuldades aparece em mais de um instrumento, de forma que pode ser considerado um problema genérico. Ainda existe outro de ordem social, comum às ferramentas, que é a falta de envolvimento da alta administração na condução do processo de implantação de ferramentas gerenciais. Tal postura gera desconfiança e falta de comprometimento da organização como um todo, sendo na maioria das vezes fatal para o sucesso das ferramentas. Não é este o caso do INCA.

O primeiro passo para a experiência no INCA dar certo, foi o fato de, a sua ferramenta gerencial ter sido desenvolvida pela própria instituição e com intuito de manter a transparência do processo para que todos os atores fossem envolvidos. Além de permitir descrever na sua estrutura todos os recursos necessários para o desenvolvimento de um projeto como um todo, o SISPLAN possibilitou também o desenvolvimento de um painel de indicadores pactuado na instituição e o conseqüente desenvolvimento do planejamento institucional. Neste painel de indicadores estão incorporadas as diretrizes e metas institucionais dentro da missão do INCA.

Na realidade, essa prerrogativa das pessoas estarem construindo seu próprio painel de indicadores foi importante para que percebessem que faziam parte da engrenagem do processo de construção do seu sistema de planejamento. Esta participação pela "comunidade" foi um grande avanço e a

primeira demonstração de amadurecimento do INCA, após a experiência desastrosa de 2003. Havia de novo um trabalho interno a ser desenvolvido trazendo credibilidade e respaldo em suas ações.

Os resultados dos diversos ciclos do SISPLAN demonstram que este sistema informatizado permitiu organizar algo bastante difícil em qualquer empresa independente da sua área de atuação, que é a alocação de recursos. Os orçamentos estão sempre aquém do que é necessário, e um processo de aprovação e liberação de recursos que corresponde a uma lógica de aprovação organizacional traz um novo conceito de respeito às prioridades, onde o sistema obedece a uma lógica desenhada.

Este modelo de gestão fundamentado no SISPLAN obriga essas prioridades institucionais a terem níveis de aprovações compartilhadas e a uma discussão mais ampla, onde a decisão não é centralizada em uma ou duas pessoas, e sim, de cada unidade, de cada direção de cada coordenação e que talvez seja o algo a mais que este sistema trouxe para o INCA. Esta discussão enfatiza a importância do SISPLAN na estruturação do planejamento do INCA a partir de duas vertentes distintas: uma quanto à aplicação dos recursos financeiros do orçamento através de prioridades institucionais na execução dos projetos e das atividades, e outra pelo desenho das metas a serem alcançadas demonstradas pelo painel de indicadores.

Em relação à primeira vertente, pode-se comentar quanto a aplicação dos recursos nos projetos priorizados como os de maior relevância institucional, que não há problemas. Entretanto, o mesmo não pode se dizer em relação às atividades. Não por conta do orçamento necessariamente, pois atividades estão relacionadas à verba de custeio e não de investimento (como nos projetos). As atividades são mais essenciais, pelo fato de incluírem a maioria das ações institucionais, mas não são devidamente contempladas no SISPLAN. No sistema de planejamento adotado, os projetos parecem ser mais importantes do que as atividades, pois o sistema ainda não é suficiente quanto às informações sobre estas últimas.

Por sua vez, não existem critérios de como proceder em relação aos projetos que se transformam em atividades. Novos procedimentos e medicamentos, constantes inicialmente em determinados projetos, podem vir a se transformar em atividades, que requeiram gastos continuados, sem que esteja claro como se dá esta passagem. Assim, esta incorporação de novas tecnologias a partir de um projeto pode vir a se transformar em um grande dissipador de recursos que não foram planejados. A impressão que se tem é que a dificuldade está relacionada ao fato de não haver o dimensionamento dos custos para estas novas atividades.

Este aspecto ressalta um dos problemas de maior amplitude na instituição, porquanto a maioria dos gestores não está acostumada a planejar atividades. Projetos são planejados com início, meio e fim, mas as atividades não, elas são contínuas. Se não forem planejadas adequadamente, têm como conseqüência uma atividade executada aquém do que deveria, porquanto, pelo fato de ser uma atividade, significa que será realizada a despeito de ser planejada ou não. Tal situação pode acarretar um serviço aquém do desejado, por falta de recursos humanos, ou por falta de recursos materiais.

Esse talvez seja o maior desafio. Fazer com que os gestores saibam planejar as suas atividades, pois isso é o que realmente alinha a instituição com os objetivos estratégicos. De acordo com o Dr. Santini diretor geral do INCA, em seu depoimento (seção anexos), os projetos reforçam, ampliam, mas não alinham os rumos institucionais, este papel é das atividades. Até porque, se após a sua conclusão o projeto não houver contribuído para modificar ou se tornar uma atividade, ele como projeto estará concluído. Na verdade, este não é um problema do SISPLAN e sim da mudança cultural da própria organização. Apesar de a mudança cultural estar ocorrendo progressivamente, ela é por si só lenta e complexa, criando barreiras e dificultando a incorporação plena do SISPLAN no modelo de gestão, embora isto nos pareça parte do processo de amadurecimento como um todo.

Neste processo de amadurecimento, pode-se perceber que as pessoas já admitiram que a mudança cultural e a aceitação do SISPLAN é algo real e irreversível, embora possam ainda não concordar totalmente com a mesma.

Buscam alternativas para lidar da melhor forma possível com a nova realidade e isto faz com que ocorra uma atitude mais cooperativa, onde os envolvidos passam a contribuir com novas idéias. Mas, nota-se também que neste momento em que o INCA se encontra, as pessoas comprometem-se com o resultado principal por trás da iniciativa de mudança e participam ativamente de sua implementação. Os envolvidos sentem-se responsáveis e orgulhosos pelos resultados alcançados.

A segunda vertente do SISPLAN a ser mencionada é o acompanhamento dos resultados através do painel de indicadores. Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, da organização, coordenação, avaliação e controle das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizadas, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente. As comparações entre metas, fatos, dados, informações, a criação de parâmetros, internos e externos, são peças fundamentais para o conhecimento das mudanças ocorridas em uma instituição,

O SISPLAN oferece os resultados das atividades executadas no INCA, através de um painel de indicadores pactuados com as diversas coordenações e acompanhados em vários níveis hierárquicos. Contudo, percebe-se hoje dentro da instituição que este painel é acompanhado por poucos coordenadores, não obstante sua importância na avaliação da estratégia, na instituição. A análise dos resultados desta pesquisa sugere esta conclusão, pois algumas metas não foram atingidas e outros indicadores na verdade já estão completamente desatualizados e ainda assim não foram revistos.

Outro fato preocupante é não ser incomum ouvir de gestores de algumas coordenações, a opinião de que há indicadores equivocados, que não permitem um adequado processo de monitoramento e avaliação de suas atividades. Todos estes dados apontam a necessidade de uma revisão do painel e da instauração de processos que permitam a incorporação do uso de indicadores na tomada de decisões entre os gestores. Isto é muito mais um problema da gestão do que do SISPLAN em si. Mesmo porque, este modelo pensado para o INCA, tem por base o contrato de gestão e a responsabilização de seus coordenadores. Cumprir um

contrato desta natureza e evidenciar responsabilidades tem, necessariamente, por base à definição e constante utilização de bons indicadores[39].

Apesar de todo o grau de complexidade deste sistema, e da progressiva incorporação do SISPLAN na cultura da instituição é fato que, uma boa parte do INCA através de seus funcionários, ainda vê o SISPLAN como um mero instrumento de aprovação de projetos. Embora não o seja, esta concepção errônea é fruto da gestão que transparece para o instituto a percepção de que o modelo institucional ainda é centrado no momento do planejamento e não uma atividade contínua ao longo do ano. Isto faz com que predominem diferentes visões do que trata e como se dá o processo de planejamento.

Por sua vez, o processo de planejamento atualmente - embora em um grau menor que há quatro anos no primeiro ciclo do SISPLAN - ainda é visto por boa parte do INCA fora dos gabinetes, como algo estático, pontual e considerado uma burocracia a mais, pois não há uma identificação deste processo na sua rotina. Para avançar no modelo de gestão é preciso ampliar a comunicação, sendo fundamental que as informações também cheguem aos níveis funcionais abaixo das gerências. Na realidade, apesar dos esforços de algumas coordenações, o modelo participativo não é compreendido por todos, havendo pouco conhecimento, por parte dos funcionários, sobre o INCA como um todo, suas diretrizes e seu modelo de gestão, o que gera dificuldades da incorporação plena do SIPLAN ao próprio modelo de gestão.

Uma questão bastante delicada e que compromete o modelo e a ferramenta, tem origem no fato de alguns setores com maior capacidade para obtenção de recursos externos, executarem e finalizarem projetos que em um determinado ciclo, por exemplo, não haviam sido aprovados para implementação pelo SISPLAN e que desta forma nem constam do sistema. Rigorosamente, do ponto de vista institucional, estes projetos em execução – alguns até já finalizados - não existem, mas permanecem no banco de projetos. Tal circunstância propicia uma confusão conceitual dentro do INCA, quanto à *"Aprovação dos Projetos"*,

[39] Por ocasião do fechamento deste estudo estava sendo programada uma reunião para revisão qualitativa dos indicadores e das metas a serem pactuadas para 2008. N.A.

pelos mecanismos e processos instaurados pelo modelo de gestão vigente, e a particular indisponibilidade de recursos institucionais próprios para a implementação e execução de projetos.

O entendimento parece ser o de que projetos executados com recursos obtidos de outras fontes independem da aprovação do fluxo habitual, suplantando os demais que aguardam os recursos próprios do orçamento. Acaba-se executando o que não foi necessariamente aprovado. Críticas ácidas são suscitadas a partir deste contexto, que aponta a existência de dois *"INCAs"*: um que se pauta pelo modelo participativo e outro mais centralizado que ainda opera com base nos modelos anteriores

A situação apontada acima, decorre do fato da captação externa de recursos ainda não ter sido bem definida institucionalmente. Normalmente quem capta estes recursos são os próprios gerentes interessados no desenvolvimento dos seus projetos, o que gera forças díspares dentro da própria instituição dependendo do setor ao qual se está vinculado. Serviços assistenciais com maior apelo emocional como a Pediatria ou que tenham maior visibilidade em âmbito nacional como o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) têm poder de captação mais amplo que outros.

Para a resolução deste problema, sugere-se que deva ser instituída uma política que deverá considerar ações de iniciativa marcadamente institucional além das iniciativas mais individualizadas, que partem das diversas áreas e setores da instituição, com potencial para a captação de recursos externos. Da mesma forma, a política de recursos para a pesquisa deve ser de uma forma mais particularizada atendendo as características inerentes àquela coordenação.

Outros problemas são apontados em relação ao desempenho do SISPLAN como ferramenta gerencial. Um deles, diz respeito à orientação para integrar vários projetos em um único projeto para se evitar o desperdício de recursos em vários outros semelhantes. Exemplificando para o leitor, imagine dois projetos de digitalização de imagem para a rede assistencial do INCA, um para o HC I e outro para o HC II. A sugestão nesses casos é de que haja um único projeto onde estejam previstos os recursos materiais e os demais recursos. Desta forma, a

instituição poderá se beneficiar na redução dos custos por ocasião da compra dos equipamentos (melhores preços por ser um volume maior) e no planejamento do projeto que neste caso em particular se transformará em uma atividade ao seu final. Todavia, há uma contradição, pois ao integrar vários projetos afins em um, ocorre um encarecimento do custo total deste projeto, o que, gera dificuldades na sua aprovação junto às Câmaras Técnico-Políticas e ao Conselho Deliberativo.

Para equacionar este tipo de situação, projetos como estes devem ser enfatizados pelos gestores quando do seu cadastramento, já determinando o grau de prioridade institucional, para evitar inadequações da sua análise.

Nessa linha de pensamento em que se está dissecando o SISPLAN como instrumento gerencial, nota-se que os objetivos estratégicos do INCA não atendem fundamentalmente às necessidades institucionais, pois alguns projetos não conseguem se alinhar a eles, e em alguns casos existe uma inversão onde os objetivos estratégicos são adaptados às necessidades dos projetos. De fato, os projetos são escritos e depois é que seus autores procuram o objetivo estratégico que mais se "adapte" às suas intenções na hora do cadastramento. A conseqüência é a dificuldade de se construir indicadores para acompanhamento desses objetivos estratégicos. Tentando solucionar este problema para o ciclo 2008, a Direção Geral optou por divulgar os objetivos estratégicos através de informes *"postmaster"* pela intranet*,* onde cita o objetivo estratégico e explica detalhadamente sua finalidade, orientando os funcionários a direcionarem melhor os seus projetos.

O SISPLAN também é subutilizado no que concerne à construção de indicadores e etapas, pelo cadastramento de vários projetos, que em sua maioria são escritos para aquisição de material permanente e obras de forma pulverizada, apenas com o objetivo de reposição, sem a orientação clara nos objetivos estratégicos. Como após a aprovação, os projetos iniciam e terminam na elaboração do formulário informatizado de aquisição de materiais (NOTES), os indicadores para acompanhamento do impacto do projeto não são construídos e tão pouco acompanhados. Assim, existem poucos indicadores de resultados e de qualidade em relação aos projetos.

Os gestores do INCA em seus depoimentos ao autor foram unânimes em apontar o fluxo de acompanhamento como um dos problemas a serem solucionados no SISPLAN. Hoje não há um "*feedback"* para os diversos níveis hierárquicos institucionais das avaliações do Conselho Deliberativo, sobre os projetos encaminhados pelas diversas CâmarasTécnico-Políticas. Além disso, é do conhecimento de todos na instituição que não é simples a execução e o acompanhamento de projetos comuns, de diferentes áreas de responsabilidade.

A proposta para tentar solucionar este problema é ao final de cada ciclo, haver uma ampla divulgação do seu desfecho, com a apresentação dos projetos a serem implementados, os critérios utilizados e as prioridades designadas por cada projeto. Outra proposta é desenvolver um fluxograma no SISPLAN que permita identificar o acompanhamento dos projetos em desenvolvimento e um outro para o acompanhamento dos projetos que estão sendo executados. As próprias Câmaras Técnico-Políticas deveriam ter por função o acompanhamento dos projetos, uma vez que participaram ativamente do processo de análise.

Da mesma forma este sistema se ressente de uma revisão dos critérios do fluxo de aprovação dos projetos de pesquisa. O fluxo atual estabelece que só sejam cadastrados projetos já aprovados pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), porém, a CEP só aprova projetos que possuam financiamento. Tal condição cria um descompasso entre este fluxo de aprovação e as necessidades da pesquisa, pois o ciclo de aprovação ocorre uma vez por ano e a necessidade de definição de novos projetos de pesquisa não segue, necessariamente, esta dinâmica, podendo ocorrer várias vezes no ano.

Provavelmente o estabelecimento de critérios institucionais para a pesquisa clínica também sirva para minimizar o problema.

Tão importante quanto os demais aspectos já envolvidos é o processo atual do SISPLAN que possui um foco muito abrangente, permitindo o tratamento no mesmo nível de projetos estratégicos para o desempenho institucional e de projetos localizados e operacionais, como, por exemplo, a análise da aquisição de um tomógrafo computadorizado e a reposição de mobiliário já desgastado. Esta característica atual aponta para a necessidade de uma revisão de processos.

Nesta revisão devem estar incluídas na pauta de discussão alguns problemas de compartimentalização institucional, pois se percebe ao longo da discussão interna do SISPLAN que nem todos os setores envolvidos participam das decisões de interesse geral.

Some-se a este contexto, a percepção da falta de elos entre as Câmaras Técnico-Políticas e as demais instâncias do INCA, o que contribui para a atuação pontual e localizada destas comissões, basicamente, na aprovação de projetos durante os fóruns de planejamento. Esta ausência de vínculos das CTP contribui para a inexistência de uma pauta de trabalho, mais constante. Esta situação já vem sendo corrigida a partir do final do ciclo de 2007 em algumas CTP, como a de Incorporação Tecnológica, onde está sendo criada uma agenda com uma pauta regular de interesse institucional.

Baseado nas informações a respeito do SISPLAN pode-se dizer que, esta é uma ferramenta gerencial desenhada com a função primordial de ser um instrumento que serve de base para o planejamento da Instituição. Suas duas funções principais de servir como interface para um grande painel de indicadores que mostra o acompanhamento dos resultados e metas a serem alcançadas e a de servir como banco de projetos e atividades diárias do INCA com a possibilidade de acompanhamento orçamentário, o torna uma ferramenta fundamental hoje na estrutura deste órgão federal.

De todo material exposto neste estudo, pode-se concluir que as instituições de saúde mais bem sucedidas foram rápidas para reconhecer mudanças em seu ambiente imediato e poderem adaptar suas estratégias de uma forma mais flexível. Além disso, desenvolveram uma estrutura organizacional mais descentralizada permitindo que estas organizações respondessem melhor aos desafios adotando modelos de gestão e incorporando sistemas ou ferramentas gerencias.

Nos últimos anos, a gestão na área da saúde mais especificamente na área hospitalar, vem se tornando mais difícil. Isto é resultado das grandes mudanças nos relacionamentos globais da economia, de uma guinada no equilíbrio do poder econômico, da crescente incorporação de novas tecnologias.

As estratégias institucionais precisam ser mais flexíveis, pois esta complexidade crescente tem um impacto sobre a estratégia corporativa. Para serem bem-sucedidas, as organizações precisam aprender a antecipar as mudanças de seus ambientes e a ajustar suas estratégias da melhor forma para as condições de mudança.

Enfim, fazer acontecer é parte da estratégia, não uma função isolada da gestão de projetos. Estratégia é uma parte menor do sucesso. O fator decisivo para o sucesso é a execução. Como fazemos essa conjunção entre estratégia e execução? A partir da teoria e da prática. Toda boa teoria é fácil de ser criada, simples de ser admirada e ótima de se transformar numa crença. Teorizar é tão envolvente que, sem o devido cuidado, acaba-se ficando com a cabeça nas nuvens e esquecendo de que os pés e resto do corpo vivem, de fato, no mundo das ações.

Já a prática não é assim. Pôr uma teoria em prática é algo que requer esforço e inteligência; às vezes sofrimento, luta contra resistências e quebra de pressupostos paradigmas interiores. É saudável combinar teoria com prática. Quando esta é a opção escolhida, as pessoas se tornam hábeis em tomar atitudes e decidir. Desaparece a tendência natural de ver dificuldades e impor objeções a tudo, especialmente onde e quando elas não existem.

Os gestores do INCA têm colocado em prática a gestão participativa e compartilhada tentando completar desta forma a teoria e a prática. Têm se utilizado de diversas ações pró-ativas para levar esta decisão a contento. A criação do SISPLAN como ferramenta gerencial para auxílio no planejamento foi uma delas. O que se viu a partir do SISPLAN foi uma reorganização institucional no que diz respeito ao seu planejamento interno. Foram apresentados vários pontos positivos desta incorporação que serve também como um grande banco de dados e informações gerenciais sobre os projetos e as atividades executadas no INCA.

Pode-se dizer que a aplicação desta ferramenta gerencial possibilitou a implementação dos projetos mais relevantes e dentro das priorizações orçamentárias do INCA. Como ferramenta gerencial, o SISPLAN facilitou o

desenvolvimento de uma gestão participativa e compartilhada em todos os níveis. Apesar das dificuldades e melhorias que ainda são necessárias para o aperfeiçoamento deste instrumento, são inegáveis as conquistas obtidas no transcorrer deste processo. Foram mostrados também pontos passíveis de melhoria neste sistema, extremamente importante hoje na execução do orçamento institucional. Percebe-se, contudo, por essas suas características o SISPLAN não parece ser a ferramenta gerencial que expresse a estratégia da instituição. Ele se comporta como uma ferramenta de planejamento.

E como se chegou a esta conclusão? Atualmente, é necessário que a organização conte com pessoas com alto grau de comprometimento institucional e capacidade intelectual. Ainda que as metas continuem sendo determinadas pelos níveis hierárquicos superiores, elas devem ser transmitidas de outra maneira para o restante da instituição, para que cada um de seus membros as compreenda – já que todos estarão capacitados para contribuir com idéias. Assim, ao entender os objetivos que a organização pretende alcançar, os gerentes de nível médio, os funcionários de níveis hierárquicos inferiores e o pessoal de linha de frente terão os conhecimentos necessários para fazer sugestões sobre como implementar as estratégias traçadas pela alta gerência. O grande desafio, aliás, está em obter um comprometimento maior da gerência média e dos funcionários de linha de frente. Isto faz com a gestão seja participativa. O SISPLAN por toda sua estrutura permitiu esta conformação participativa no INCA, mas não permitiu que ele como ferramenta se tornasse estratégico. Faltou o *feedback* estratégico no SISPLAN.

A finalidade do sistema de *feedback* estratégico é verificar se a estratégia realmente corresponde às expectativas existentes no momento em que foram fixadas. Ele indica se a organização está oferecendo mais valor para os clientes, se está melhorando seus processos internos, se está oferecendo melhor qualidade nos seus serviços, se os funcionários estão sendo treinados de forma contínua e se está usando novas tecnologias. É preciso traduzir a estratégia em objetivos e iniciativas específicos. Em outras palavras, aonde e como se quer chegar. O SISPLAN não dispõe ainda dessa característica conforme depoimento dos próprios gestores do INCA. E este talvez seja seu ponto mais fraco.

Por sua vez, excetuando-se o SISPLAN, de todos os sistemas estudados, o *Balanced Scorecard* foi o que mais se sobressaiu. Este sistema de acordo com a literatura é o mais divulgado e um dos mais aplicados nas empresas de uma forma geral e agora também na área de saúde. No INCA esteve por ser implantado em duas oportunidades conforme demonstrado acima. Qual é o segredo do *BSC* afinal? Vários indicadores de desempenho formam uma cadeia de relações de causa e efeito e funcionam como fatores impulsionadores uns dos outros. E são justamente esses dois conceitos - a cadeia de relações de causa e efeito e os fatores impulsionadores - que fazem a essência do *balanced scorecard*, a ferramenta de gestão criada por Robert Kaplan e David Norton. Estes dosi conceitos contidos no *BSC* traduzem justamente a característica do *feedback* estratégico que falta ao SISPLAN como instrumento de gestão.

Concluindo, este estudo demonstra que aplicação do SISPLAN possibilitou a implementação dos projetos mais relevantes e dentro das priorizações orçamentárias. Como ferramenta gerencial, o SISPLAN facilitou o desenvolvimento de uma gestão participativa e compartilhada em todos os níveis. Apesar das dificuldades e melhorias que ainda são necessárias para o aperfeiçoamento deste instrumento, são inegáveis as conquistas obtidas no transcorrer deste processo.

Evidencia também, que o pensamento administrativo evoluiu muito no século XX para atender as necessidades das organizações entre elas as de saúde no mundo competitivo em que se vive. Um ambiente dinâmico e complexo no qual a necessidade de inovação é fator determinante para o sucesso, exige que as pessoas estejam cada vez mais envolvidas em processos decisórios associados às estratégias institucionais. Quando se fala em modernização da gestão, geralmente se pensa na modernização tecnológica, acompanhada pela organização do trabalho. Mas muitas vezes se esquece dos modelos de gestão associados aos sistemas de informação e como eles são alimentados.

Nesta pesquisa, todas as instituições mencionadas, possuíam uma ferramenta gerencial implantada ou dispunham de um modelo de gestão que estava incorporando um novo sistema capaz de auxiliar no planejamento e ou estratégia. Esta observação sobre as ferramentas gerenciais, nos leva a concluir

que nos modelos atuais de gestão, as práticas gerenciais determinam uma regra que define a criação de uma nova ferramenta, e seu uso é tão mais significativo à medida que surgem novas necessidades na instituição. Este estudo vem demonstrar que a disponibilização de uma ferramenta gerencial é fundamental para o sucesso da gestão.

Deve ser providenciado o aperfeiçoamento do SISPLAN nos seus "pontos fracos" passíveis de melhoria para que ele se mantenha como uma excelente ferramenta gerencial como foi demonstrado, servindo de base para o planejamento institucional, através de um processo contínuo, à luz das informações obtidas permanentemente. Acredita-se que este sistema de informações possa ser exportado "extra-muros" respeitando-se as características individuais de cada instituição onde ele possa ser implantado.

Sugere-se também que deva ser associado o *balanced scorecard* ao SISPLAN como uma ferramenta gerencial complementar. Não visualizá-lo apenas como uma ferramenta apenas de indicadores e sim como um sistema de gestão estratégica que permita a construção da estratégia, baseada nas suas premissas de uma cadeia de relações de causa e efeito e de fatores impulsionadores como já vimos anteriormente e que terá no próprio SISPLAN todas as informações necessárias ao seu desenvolvimento.

Assim propõe-se por intermédio deste estudo uma forma híbrida de adequação de ferramentas gerenciais para o INCA; O SISPLAN e o *Balanced Scorecard.* Certamente haverá reações à mudança e diversas vertentes teóricas para combater esta idéia, contudo o alinhamento destas duas poderosas ferramentas possibilitará ao INCA alcançar mais facilmente as suas metas e desempenhar o seu papel de relevância na orientação da política de câncer neste país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARONS, D. E. The impact of advanced technology on critical care: dilemmas in the making. **West Indian Med**, Jamaica, v. 47, n. 4, p. 119-121, Dec. 1998.

ABBAS. K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001. 110p. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

AHRENS, T. Impact of technology on costs and patient outcome. **Crit Care Nurs Clin North Am**, v. 10, n. 1, p. 117-125, mar. 1998.

ALCÂNTARA, I. **Business Intelligence**: elevando a gestão dos negócios a um novo patamar. Disponível em: <http://www.microsoft.com/brasil/technet>. Acesso em: 30 dez. 2007.

ALCARO, S: **Os modismos da administração**: uma pesquisa sobre o aprendizado de ferramentas gerenciais e o seu processo de adoção em empresas. 2003. 103p. Monografia (Bacharelado em Administração de Empresas)-Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ALMEIDA, J. J. **Sistemas de custos em organizações hospitalares**: estudo de casos. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis)-ISEC/FGV, Rio de Janeiro, 1987.

ALMEIDA, T. Evolução hospitalar no Brasil: ontem e hoje. In: CAMPOS, E. S. et al. **História e evolução dos hospitais**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde Departamento Nacional de Saúde, 1965. 588 p.

ALMEIDA, T. R. R. Perspectivas de sobrevivência do hospital. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, n. 5/6, p.104-113, maio/jun. 1983.

ANTHONY, R. N.; DEARDEN, J.; BEDFORD, N. M. **Management control systems**. Homewood: Irwin, 1984.

ARTMANN, E. **Demarche stratégique (gestão estratégica hospitalar)**: um enfoque que busca mudança através da comunicação e da solidariedade em rede. 2002. 370p. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. S. S.; CASTILHO, M. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 723-740, out./dez. 1997.

BANGERT, D.; DOKTOR, R. Implementing store-and-forward telemedicine: organizational issues. **Telemedicine Journal and e-Health**, v. 6, n. 3, p. 355-360, 2000.

_____. The role of organizational culture in the management of clinical e-health systems. In: HAWAII INTERNATIONAL CONFERENCE ON SYSTEM SCIENCES, 36., 2003. **Proceedings of the 36th Annual Hawaii International Conference on** p. 1-9, 2003.

BARBOSA, P. R. **O processo de desenvolvimento de sistemas de gestão em organizações hospitalares e a importância da profissionalização de seus dirigentes**: considerações a partir de um processo de consultoria no Hospital Evandro Chagas/Fundação Oswaldo Cruz. 167p. Dissertação (Mestrado)-FGV, Escola Brasileira de Administração Pública, 1995.

BERGHAUSER, N. A. C. **O impacto da qualidade o*ff-line* na gestão da qualidade em empresas de serviços**. 2001. 163p. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BERLITZ, F. A; HAUSSEN, M. L. Seis sigma no laboratório clínico: impacto na gestão de *performance* analítica dos processos técnicos. **J Bras Patol Med Lab**, v. 41, n. 5, p. 301-312, 2005.

BITTAR, O. J. N. V. **Hospital**: qualidade & produtividade. São Paulo: Sarvier, 1996.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **R.A.S.**, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2001.

BRAGA NETO, F. **Examinando alternativas para a administração dos hospitais**: os modelos de gestão descentralizados e por linhas de produção. 1991. 148p. Dissertação (Mestrado)-ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 40. ed. São Paulo: Saraiva, 2007. 448p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde**: projeto de terminologia em saúde. Brasília, 2004. 142p.

_____. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. Brasília, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Gestão pública para um Brasil de todos**: um plano de gestão para o governo Lula. Brasília: MP, SEGES, 2003. 30 p.

BROWNELL, M. D.; ROOS, N. P.; BURCHILL, C. Monitoring the impact of hospital downsizing on access to care and quality of care. **Medical Care**, v. 37, n. 6, p. JS135-JS150, 1999.

BRUTON, G. D. et al. Strategic planning in hospitals: a review and proposal. **Health Care Management Review**, v. 20, n. 3, p. 16-25, Summer 1995.

BURMESTER, H.; RICHARD, J. P. Planejamento e gerência estratégicos. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick (Coord.). **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro: ENSP, 1995. p. 101-120.

CALVO, M. C. M. **Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil**: o mito da eficiência privada no Estado de Mato Grosso em 1998. 2002. 233p. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2002.

CAMPOS, A. C. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**, v. 24, n. 2, p. 30-50, fev./abr. 1990.

CAMPOS, E. S. et al. **História e evolução dos hospitais**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Saúde, Divisão de Organização Hospitalar, 1965. 588 p.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na administração pública**: reconstituição e análise de três experiências na saúde. 1993. Tese (Doutorado)-Unicamp, Campinas. 1993.

_____. Inventando a mudança no hospital: o projeto “Em Defesa da Vida” na Santa Casa do Pará. In: CECILIO, L. C. O (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 1, n. 2, p. 4-26, 2002.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 3. ed. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1963.

CHOO, C. The knowing organization: how organizations use information to construct meaning, create knowledge, and make decisions. **International Journal of Information Management**, v. 16, n. 5, p. 329-340, oct. 1996.

CHOW, C. W.; GANULIN, D.; TEKNIKA, O.; HADDAD, K.; WILLIAMSON, J. The balanced scorecard: a potent tool for energizing and focusing healthcare organization management. **J Healthc Manag**, v. 43, n. 3, p. 263-80, May/June, 1998.

COE, R. M. La estructura social del hospital moderno. In: _____. **Sociología de la medicina**. Madri: Alianza, 1970. p. 303-330.

COELHO, C. D. **Para além das ópticas restritivas das avaliações**: uma visão da terapia intensiva. 2004. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1987, Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

COSTA, E. P.; FERNANDES, P. A.; PAGIN, P. L. Balanced scorecard. **Revista TECHOJE**. Disponível em: <http://www.techoje.com.br>. Acesso em: 26 out. 2007.

CREMADEZ, M et al. **Le management stratégique hospitalier**. Paris: InterEditions, 1992.

CROSBY, P. B. **Cutting the cost of quality**: the defect prevention workbook for managers. Boston: Industrial Education Institute, 1967. 242p.

CROSS, K. F.; LYNCH, R. L. Managing the corporate warriors. **Quality Progress**, v. 23, n. 4, p. 54-59, 1990.

DAFT, R, L. **Organization theory and design**. 3. ed. St. Paul, USA: West, 1989.

DEMING, W. E. **Qualidade**: a revolução da administração. Rio de Janeiro: M. Saraiva, 1990. 367 p.

DOES, R.; HEUVEL, E.; MAST, J.; BISGAARD, S. Comparing nonmanufacturing with traditional applications of six sigma. **Quality Engineering**, v. 15, n. 1, p. 177-182, 2002.

DRAIN, M.; GODKIN, L. A portfolio approach to strategic hospital analysis: exposition and explanation. **Health Care Manag Rev.**, v. 21, n. 4, Fall 1996.

DRUMMOND, J. P., SILVA, E. **Medicina baseada em evidências**: novo paradigma assistencial e pedagógico. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998. 176p.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

EISENBERG, J. M. **"Doctors" decisions and the cost of medical care**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration, 1986.

ESTEVES, M. G. **Organizações hospitalares e o controle do trabalho profissional**: estudo de múltiplos casos em hospitais da região norte do Estado do Paraná. 2005. 235p. (Mestrado em Administração)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

ETZIONI, A. **Organizações modernas**. 7. ed. São Paulo: Pioneira, 1984.

EVIDENCE-BASED WORKING GROUP. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. **JAMA**, v. 268, p. 2420-2425, 1992.

FEIGENBAUN, A. V. **Total quality control**: engineering and management. New York: McGraw-Hill, 1961.

FERREIRA, A. B. de H. **Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Positivo. 2004. 2120 p.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

FROTA, A. **O barato sai caro**: como reduzir custos através da qualidade? Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999. 116p.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GARVIN, D. A. **Gerenciando a qualidade**: a visão estratégica e competitiva. 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992. 376p.

GERSDORFF, R. C. J. V. A contabilidade de custos no Brasil: qual seria um sistema prático, simples, eficaz? **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, n. 33, p. 34-46, 1980.

GLEESON, A. Major trauma: major problem. **Journal of Irish Colleges of Physicians and Surgeons**, v. 29, p. 69–71, 2000.

GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

GRABOIS, V.; LIMA, J. C.; FAVERET, A. C. Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2006.

GRAY, J. A. M. Evidence-based public health: what level of competence is required? **J. Public Health Medicine**, v. 19, n. 1, p. 65-8, 1997.

GRIFFIN, B. **Lean six sigma**: a methodology for cultural changes and continuous process improvement. Disponível em: <http://www.amc.army.mil/lean/index.aspx>. Acesso em: 02 jan. 2008.

GRIFFITH, J. R.; WHITE, K. R.; BERND, D. L. The revolution in hospital management: practitioner application. **Journal of Healthcare Management**, v. 50, n. 3, p. 170-90, May/June, 2005.

GRYNA, F. M. O que será da qualidade?: a função pode se transformar em garantia de sistemas e caber a um profissional de formação mais abrangente. **HSM Management**, ano 2, n. 6, jan./fev. 1998.

GUIMARÃES, C. Situação assistencial brasileira. In: GONÇALVES, E. L. (Coord.). **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1989. p. 107-137.

GUIMARÃES, E. M. P. **Sistema de informação hospitalar**: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência de unidades funcionais. 2004. 231p. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

HALPERN, N. A.; PASTORES, S. M.; GREENSTEIN, R. J. Critical care medicine in United States 1985-2000: an analysis of bed numbers, use and costs. **Crit Care Med**, v. 32, n. 6, 2004.

HERBIG, P. A.; PALUMBO, F. A. O estilo japonês: a absorção de tecnologia externa e sua eficaz incorporação aos meios de produção transformou-se em uma estratégia inovadora vencedora. **HSM Management**, n. 6, p. 84-90, jan./fev. 1998.

INAMDAR, N.; KAPLAN, R. S.; BOWER, M. Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. **J Healthc Manag.**, v. 47, n. 3, p. 179-95, june 2002.

JEFFERSON, T.; DEMICHELI, V.; MUGFORD, M. **Elementary economic evaluation in health care**. London: BMJ,1996.

JENICEK, M. Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public health. **J. Epidemiol.**, v. 7, n. 4, p.187-97, 1997.

JOHNSON, H. T.; KAPLAN, R. S. **Contabilidade gerencial**: a restauração da relevância da contabilidade nas empresas. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

_____. **Relevance lost**: the rise and fall of management accounting. Boston: Harvard Business School, 1987.

JUDSON, A. S. **Making strategy happen**: transforming plans into reality. London: B. Blackwell, 1990.

JUNQUEIRA, L. P.; INOJOSA, R. M. Gestão de serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica de eficácia. **Revista de Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 20-31, abr./jun. 1992.

JURAN, J. M. Qualidade no século XXI: prognósticos para o futuro da qualidade e uma análise de sua história no século XX, marcado pela busca da produtividade. **HSM Management**, n. 3, p. 96-104, jul./ago. 1997.

KALLÁS, D.; SAUAIA, A. C. A. Implementação e impactos do *balanced scorecard*: um estudo com Jogos de Empresas. In: XVIII Congresso da SLADE -

Sociedade Latino-Americana de Estratégia, 2005, Santa Cruz, BOL. **Anais do XVII SLADE**, 2005. v. 1. p. 1-12.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. The balanced scorecard: measures that drive performance. **Harvard Business Review**, p. 71-79, 1992.

_____. **A estratégia em ação**: balanced scorecard. 16. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 344 p.

_____. **Organização orientada para a estratégia**: como as empresas que adotam o *balanced scorecard* prosperam no novo ambiente de negócios. Rio de Janeiro: Campus, 2001. 411p.

KATO, J. M. **Estratégia competitiva e avaliação de desempenho aplicadas a uma empresa de previdência privada aberta no Brasil**. 2000. 123p. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

KATZ, D; KANH, R. L. **Psicologia social das organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas,1974. 552 p.

KLIGERMAN, J. O desafio de se implantar a assistência oncológica no SUS. **Rev Bras de Cancerol**, v. 46, n. 1, p. 235-239, jan./mar. 2000.

KOPF, Á. W.; HORTALE, V. A. Contribuição dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 02 ago. 2006.

LAUDON, K. C.; LAUDON, J. P. **Management information systems**: organization and technology in the networked enterprise. 3. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1999. 662p.

LIMA, J. C.; FAVERET, A. C.; GRABOIS, V. Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 631-641, mar. 2006.

LIMA, S. M. L.; BARBOSA, P. R.; PORTELA, M. C. et al. Management characteristics in charity hospitals in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1249-1261, set./out. 2004.

LOBOS, J. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 1979.

LUKE, N.; BRADLEY, L. K. Effective implementation of organizational change: an organizational justice perspective. In: ROUSSEAU, Denise M.; COOPER, Cary L. (Ed.). **Trends in organizational behavior**. New York: J. Wiley, 1995. v. 2. p. 15-30.

LYNCH, R. L.; CROSS, K. F. **Measure up! Yardsticks for continuous improvement**: how to measure corporate performance. 2. ed. Boston: Blackwell 1994. 252p.

LYONS, A. S.; PETRUCELLI, R. J. **Medicine**: an illustrated history. 2. ed. New York: Abradale, 1987. 616 p.

MACEDO-SOARES, T. D. L. V. A.; RATTON, C.A. Medição de desempenho e estratégias orientadas para o cliente: resultados de uma pesquisa de empresas líderes no Brasil. **Rev Adm de Empr**, v. 39, n. 4, p. 46-59, 1999.

MACHADO, R. M. C. (Org.). **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALIK, A. M.; VECINA NETO, G. **Desenhando um caminho alternativo para a gerência de serviço de saúde**. 1991. Mimeografado.

MARÍN, José. **Los condicionantes que se derivam de los processos de reforma del Estado, de la administración pública y del sector salud a la nueva gestión hospitalaria**. CONGRESO DEL CLAD, 6., 2001, Buenos Aires.

MARINHO, A. **Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados com a geração de rankings**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. (Textos para discussão; n. 794)

_____. **Evidências e modelos sobre a coexistência de hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. (Textos para discussão; n. 1041)

MARINHO, A; MORENO, A. B.; CAVALINI, L. T. **Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. (Textos para discussão; n. 848) 40p.

MARTÍNEZ-LORENTE, A. R.; DEWHURST, F.; DALE B. G. Total quality management: origins and evolution of the term. **TQM Magazine**, v. 10, n. 5, p. 378–386, 1998.

MARTINS, R. A. **Sistemas de medição de desempenho**: um modelo para estruturação e uso. 1999. 248p. Tese (Doutorado)-Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MASCARENHAS, R. A organização de assistência à saúde e da atenção médica como condicionamentos de saúde das comunidades. In: PARETA, J. M. M.; MEIRA, A. R.; D'ANDRETTA JUNIOR, C. (Org.). **Saúde da comunidade**: temas de medicina preventiva e social. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976. p. 95-117.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 404p.

MCGREW, R. E. **Encyclopaedia of medical history**. London: Macmillan. 1985.

MCKEE, M. For debate: does health care save lives? **Croat Med J**, v. 40, p. 123–128, 1999.

MCKEE, M.; HEALY, J. **Hospitals in a changing Europe**. Buckingham: Open University Press, 2002. 289p. (European Observatory on Health Care Systems Series)

MEDICI, A. C.; MARQUES, R. M. Sistemas de custo como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos FUNDAP**, Rio de Janeiro, p.47-59, jan./abr. 1996.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica**: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP,1984.

MILLER, T. S. **The birth of the Hospital in the byzantine empire**. Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ., 1997. 288p.

MINTZBERG, H; **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 334p.

_____. Queda e ascensão do planejamento estratégico. **Harvard Business Review**, p. 107-114, Jan./Feb. 1997.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL. J. **Safári de estratégia**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 299p.

MIRANDA, O. Z. **A implementação da tecnologia da informação em um hospital**: um estudo de caso. 1992. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

MOTTA, P. R. **Desenvolvimento gerencial como dimensão da liderança do setor saúde**. Relatório apresentado a Organização Pan-Americana de Saúde, Washington, março 1990a.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1991.

NANNI, A. J.; DIXON, J. R.; VOLLMANN, T. E. Integrated performance measurement: management accounting to support the new manufacturing realities. **Journal of Management Accounting Research**, v. 4, p. 1-19, 1992.

OLIVEIRA, CÍCERO DE. **O hospital do futuro no Brasil**. Disponível em: http://www.ciahospitalar.com.br. Acesso em: 29 nov. 1998.

OLIVEIRA, M. F. F. **Reflexões sobre o taylorismo**. Disponível em: <www.webartigos.com>. Acesso em: 22 jan. 2008.

PANUSSAT, J. L.; ALBUQUERQUE R. A.; BARONI, M. **Elaborando indicadores no processo de implantação do planejamento estratégico**: Manual de Elaboração de Indicadores de Desempenho Institucional. Escola Nacional de Administração Pública. ENAP. 2004. 90p.

PERROW, C. A framework for the comparative analysis of organizations. **American Sociological Review**, v. 32, n. 2, p.194– 208, Apr.1967.

PICCHIAI, D. **Mudança em instituições hospitalares**: análise do processo e estudo da ação do administrador em hospitais. São Paulo: EAESP/FGV/NPP, 2000.

PANDE, P.; NEUMAN, R.; CAVANAGH, R. **Estratégia seis sigma**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001. 442p.

POLLOCK, A. M.; DUNNIGAN, M. G.; GAFFNEY, D.; PRICE, D.; SHAOUL, J. The private finance initiative: planning the 'new' NHS: downsizing for the 21st century. **British Medical Journal**, v. 319, n. 7203, p. 179–84, 1999.

PORTER, M. E. **Competitive strategy**: techniques for analyzing industries and competitors. New York: Free Press, 1980. 395p.

PORTER, R. **Das tripas coração**: uma breve história da medicina. Rio de Janeiro: Record, 2004. 236p.

_____. **The greatest benefit to mankind**: a medical history of humanity from antiquity to the present. London: HarperCollins, 1997. 831p.

RANGEL, S. C. **Manual do empresário**. Disponível em: <http://www.sebraees.com.br/manualdoempresario>. Acesso em: 02 jan. 2008.

RIGBY, D. K. Quem tem medo das ferramentas gerenciais? **HSM Management**, ano 4, n. 19, p. 122-130, mar./abr. 2000.

ROBBINS, H.; FINLEY, M. **Porque as equipes não funcionam**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 253p.

ROCCHI, Carlos Antonio de. Apuração de custos em estabelecimentos hospitalares. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, n. 41, p.19-27, 1982.

RODRIGUES, C. H. R. Gerenciando o *empowerment* para viabilizar sistemas de medição de desempenho coerentes com a estratégia empresarial. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 23., 2003, Ouro Preto. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPRO, 2003. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003>. Acesso em: 20 set. 2007.

ROEMER, M. I. Changing patterns of health service: their dependence on a changing world. **The Annals of the American Academy of Political and Social Science**, v. 346, p. 44-56, mar. 1963.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais nos hospitais públicos? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1999.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROTONDARO, R. G. **Seis sigma**: estratégia gerencial para a melhoria de processos. São Paulo: Atlas, 2002. 375p.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. **European health care reform**: analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe,1997. (WHO Regional Publications. European Series, n. 72)

SALVATORE, D. **Microeconomia**. São Paulo: McGraw Hill, 1978. v. 1. 401p.

SANTOS, V. A evolução dos hospitais. **Hebron Atualidades**, n. 28, mar./abr. 2007. Disponível em: <www.hebron.com.br>. Acesso em: 20 set. 2007.

SANTOS FILHO, L. C. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1991.

SILVA, B. F. G. E.; PROCHNIK, V. Sete desafios para a implantação do balanced scorecard em hospitais. In*:* PROCHNIK, Victor; FONSECA, Ana Carolina (Org.).

Balanced scorecard no setor da saúde. Rio de Janeiro: F. Bastos, 2006. No prelo.

SILVA, L. A. **Avaliação hospitalar**: limites e possibilidades do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares. 2001. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SIQUEIRA, J. **Gestão da qualidade na saúde**. In: ENCONTRO DE GESTÃO SISTÊMICA, 11., 2002, São Paulo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear, 2002.

SIQUEIRA, M. M. **Organização dos serviços de saúde**: trajetória de pacientes e metas operacionais em hospitais. 1985. Tese (Doutorado)-Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.

SLATER, R. **Os 29 segredos de Jack Welch**. Rio de Janeiro: Campus, 2001. 208p.

SMITH, H. L. **Two lines of authority are one too many**: the modern hospital, v. 84, n. 3, p. 59-64, mar. 1955.

STREET, A.; HAYCOCK, J. **The economic consequences of reorganizing hospital services**. Health Economist, v. 8, n. 1, p. 53–64, 1999.

TOGNON, I. V. **Uma contribuição ao estudo dos custos hospitalares com o uso do custeio baseado em atividades**: um estudo de caso do setor de pediatria do Hospital de Caridade de Carazinho. 2000. Dissertação (Mestrado)-Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

URIBE RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: ENSP/Fundação Oswaldo Cruz, 1995c.

_____. Comunicação e gestão organizacional por compromissos. **Rev de Adm Pub**, v. 29, n. 3, p. 211-230, 1995a.

_____. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 73-80, jan./mar.1997.

_____. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 357-372, 1996.

_____. **Jürgen Habermas**: razão comunicativa e planejamento social. Uma crítica ao enfoque estratégico. 1991. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1991.

_____. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 355-366, 1999.

_____. **Por um contraponto teórico entre o planejamento estratégico-situacional e o controle de qualidade total (TQC) na saúde pública**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1995b. (Estudos em Saúde Coletiva; n. 110)

VASSALO, C. Por que os preços cobrados pelos hospitais brasileiros são tão altos? **Exame**, n. 19, p. 84-96, maio 1997.

WELCH, J. **Paixão por vencer**. Rio de Janeiro: Campus, 2005. 346 p.

WELCH, J.; WELCH, S. **Paixão por vencer**: as respostas. 76 fatores críticos para o sucesso. Rio de Janeiro: Campus, 2006. 240p.

WILSON, M. P. **Seis sigma**. São Paulo: QualityMark, 2002. 288p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000**: health systems: improving performance. Geneva, 2000.

ZELMAN, W. N.; PINK, G. H.; MATTHIAS, C. B. Use of the balanced scorecard in health care. **J Health Care Finance**, v. 29, n. 4, p. 1-16, Summer 2003.

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Pós Graduação em Saúde Coletiva
Área de Concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **"A GESTÃO EM SAÚDE E AS FERRAMENTAS GERENCIAIS: A EXPERIÊNCIA COM O SISPLAN DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER",** realizada no âmbito do programa de doutorado em Saúde Coletiva, área de concentração Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Você foi escolhido por ser Gestor do INCA por ocasião da concepção e da utilização do SISPLAN. Trata-se de um depoimento com as suas impressões e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder um depoimento ao pesquisador Celso Dias Coelho, sobre a ferramenta gerencial **SISPLAN**. As informações obtidas através desta entrevista serão divulgadas através de texto havendo a possibilidade de sua identificação. Os benefícios relacionados com sua participação relacionam-se a maior difusão e compreensão do trabalho desenvolvido pelos gestores do INCA bem como subsídios para programas de desenvolvimento gerencial.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, _____ / _____ / _____

Nome _____

Assinatura _____

Anexo 2 – Depoimento do Dr. Luiz Antonio Santini
Diretor Geral do INCA

Celso Coelho

Dr. Santini, na sua concepção, qual foi à motivação para implantação do SISPLAN no INCA?

Dr. Santini

Procuro entender que ao gerenciar uma Instituição tão complexa, percebeu-se a necessidade de ter um planejamento com diretrizes estratégicas para a Instituição e isto seria possível através da criação de um mecanismo de registro e acompanhamento dessas atividades, uma ferramenta gerencial que permitisse o monitoramento para planejamento e acompanhamento ao mesmo tempo.

Celso Coelho

O SISPLAN atendeu às expectativas?

Dr. Santini

A idéia do SISPLAN é apoiar um processo de planejamento e gestão estratégico do INCA, inicialmente acostumado a uma gestão centralizada, hierárquica e vertical. Esse modelo de gestão descentralizado por intermédio de uma ferramenta como o SISPLAN visa exatamente trabalhar com um conceito muito mais de cooperação de rede e de articulação. Isto permitiu uma mudança cultural muito grande desde que começamos o projeto de implantação até hoje. Seguramente nós não alcançamos todos os resultados esperados, como por exemplo: as dificuldades de utilizar a própria ferramenta e ir ao mesmo tempo atualizando e acompanhando as ações.

Essa é uma das dificuldades que se observa hoje, mas de qualquer forma entendido como um processo de mudança cultural. Eu acho que ele está cumprindo sua função. Poderia cumprir melhor, tivéssemos um gerenciamento melhor deste processo. Esse processo exige um gerenciamento especifico

provavelmente pela área de planejamento só que a área de Planejamento, tem demandas específicas, rotinas do dia a dia, e que por esse motivo não consegue fazer a monitoração. O processo de implementação de projetos incorporado pela estrutura da própria organização terá que ser repensado, pois é tido como um processo estratégico para a Instituição.

Celso Coelho

Para o INCA, o senhor já falou da questão da horizontalização, mas como o senhor vê a importância do SISPLAN, nesse novo modelo de gestão?

Dr. Santini

Não posso te dar um modelo. Na verdade, nós temos dois tipos de problemas:

O primeiro que é a apropriação pelo Instituto como um todo, do modelo atual de gestão. De não aproveitar melhor as participações das Câmaras Técnicas Políticas, do Conselho Deliberativo, etc., como se fosse uma atividade paralela. Atividade pra valer mesmo é aquela que passa pela linha horizontal e isso não vem acontecendo.

Por outro lado, até por ter ainda essa ambigüidade, há pouca utilização na ferramenta de suporte que é o SISPLAN. Por não ser utilizado de forma plena, o resultado é a sua não incorporação de forma integral no modelo de gestão. Eu acho que isso, tem componentes como falei, do SISPLAN necessitar de um gerenciamento próprio. Apear disso, acho que mesmo que houvesse um gerenciamento próprio faltaria o componente de mudança cultural, que é realmente complexa e ainda não aconteceu de todo.

Celso Coelho

Acho que o senhor pode analisar isso até como um ponto fraco! O senhor vê algum outro ponto fraco que precisasse da gente trabalhar dentro do SISPLAN?

Por exemplo: Eu percebo e até mais agora, por estar trabalhando diretamente com isso, a gente fica mobilizado com o SISPLAN, quando abre o ciclo. Há uma preocupação com os projetos, talvez seja uma coisa muito mais importante para se acompanhar, pois projeto tem começo, meio e fim. E nesse ponto eu vejo a questão da atividade, o ponto onde termina o projeto e começa a atividade, o SISPLAN talvez não tenha sido bem desenhado para isso. O Sr. acha que isso poderia estar na compreensão da ferramenta?

Dr. Santini

Acho mais que isso. Acho que a ferramenta permite isso, a ferramenta na sua estruturação tanto no cadastramento de um projeto quanto de uma atividade, permite que você explicite todos os recursos necessários para o desenvolvimento de um todo. Agora, o problema é que culturalmente, atividades são vistas pelos gestores como se não pudessem ser planejadas e este é o maior problema. Atividade é uma coisa rotineira. Você nem sempre consegue avaliar, e às vezes você fica repetindo atividades desnecessárias. Ou mesmo executar uma atividade aquém da necessidade por falta de recursos humanos ou recursos materiais, porque a atividade vai acontecer independente de se planejar ou não, e na verdade esse é o nosso grande desafio; o planejamento das atividades. Isso é o que realmente alinha a instituição com o projeto estratégico ou não. Os projetos reforçam, ampliam, mas eles não alinham. Como você disse, tem principio meio e fim; se aquele projeto na sua conclusão não tiver contribuído para mudar uma atividade, acabou. Ele volta para a situação anterior e eventualmente nem se conclui.

Anexo 3 - Depoimento do Sr. Reinhard Braun
Coordenador da Divisão de Planejamento

Fevereiro de 2008

Celso Coelho
Na sua concepção, qual foi a motivação para implantação do SISPLAN no INCA?

Braun

O INCA carecia de um Instrumento que organizasse / estruturasse o Processo de Planejamento e que permitisse uma maior identificação / participação do corpo de funcionários com os rumos da Instituição. Havia produtos do passado e algumas iniciativas em curso, como, por exemplo, um grande movimento para implantação do Balanced Scorecard (BSC) em 2002 e início de 2003. Houve, na mesma época, um movimento de Gestão Compartilhada do Orçamento, numa concepção um pouco diferente do atual modelo. Nenhum destes movimentos, no entanto, mobilizou a Instituição como um todo. Faltava algo mais forte do que voluntarismo de um ou outro gestor, que sustentasse estas iniciativas. A implantação de um novo Modelo de Gestão, denominado Participativo e Compartilhado, (e Transparente), formalizado por meio de Portaria, logo após uma crise sem precedentes no INCA, proporcionou o desenvolvimento do Sistema de Planejamento e Gestão do INCA (SISPLAN), que replica e instrumentaliza este Modelo de Gestão, sem apelar para “chavões” ou modelos pré-concebidos. Uma ferramenta simples, desenvolvida a partir de idéias captadas “em casa”, para proporcionar um espaço verdadeiramente democrático de participação, é a fórmula de sucesso do SISPLAN.

Celso Coelho
O SISPLAN atendeu as expectativas idealizadas inicialmente?

Braun

O SISPLAN atendeu plenamente a expectativa inicial, mesmo porque o Sistema foi concebido para ser implantado em etapas, onde a efetivação do acompanhamento de projetos e todo o processo de implantação e monitoramento

das atividades do INCA ficariam para um próximo momento. A adesão do público interno aos dois primeiros Ciclos de Planejamento foi fantástica, somando perto de 1.000 projetos cadastrados. Considerando que temos perto de 4.000 funcionários esta marca foi extraordinária. Não estou neste momento fazendo qualquer avaliação qualitativa, nem discutindo aspectos de co-responsabilização, apenas a adesão ao Modelo. Este aspecto teve êxito total.

Celso Coelho
Como vê a importância do SISPLAN, nesse novo modelo de gestão?

Braun

Sem o SISPLAN o novo Modelo de Gestão estaria fragilizado. Implantar um Modelo de Gestão novo, mesmo que ampliando a possibilidade de participação por meio de criação de espaços colegiados, como é o caso, careceria de ferramenta que registrasse este movimento. Fora dos espaços previstos nos Ciclos de Planejamento são poucos os momentos em que estas instâncias se reúnem. Falta ainda uma agenda para estes Grupos. É, portanto, o Ciclo de Planejamento que mobiliza os grupos, provocando inclusive a discussão da necessidade de uma agenda mais perene. É uma construção que implica mudança de cultura, o que acontece aos poucos, e nem pode ser diferente.

Celso Coelho
Quais os pontos fracos e o que precisa ser melhorado no SISPLAN?

Braun

O SISPLAN é uma experiência exitosa na gestão pública, e como tal foi reconhecido por meio do Prêmio Sérgio Arouca. Conhecendo a potencialidade do SISPLAN, na sua concepção, e assumindo uma visão crítica podemos apontar uma série de oportunidades de melhorias. Na forma como se encontra hoje, o mesmo exige uma série de melhorias para proporcionar melhor acompanhamento. São problemas de processo, mas também de sistema. Também não encontramos ainda o ponto ideal no cadastramento e acompanhamento de atividades. Trata-se de um problema de definição de premissas do modelo e de necessidade de melhorias no sistema. A partir de um

desafio maior da Instituição, como a contratualização com o próprio Ministério e a inserção no “Mais Saúde” (PAC), temos uma excelente oportunidade para aprimorar estes aspectos do SISPLAN.

Anexo 4 - Depoimento do Dr. Luiz Augusto Maltoni
Coordenador da COAS

Abril de 2007

Celso Coelho

Na sua concepção qual foi à motivação para o SISPLAN?

Dr. Maltoni

Eu participei daquele processo de implementação do *balanced scorecard* e depois me afastei naquele momento por ter saído da direção do HC II. Naquela experiência que eu vivi no HC II houve dois grandes entraves para a implementação; primeiro a consultoria que trouxe o *balanced scorecard*. Creio que pelo fato de ser gente de fora e que não conhecia muito a cultura organizacional tiveram alguma dificuldade de comunicação com a instituição.

Isso criou certa dificuldade não só de compreensão do instrumento *(BSC)*, mas por criar uma grande distância em relação ao sistema e mesmo em relação à questão da cultura organizacional. Naquele momento tratava-se de um instrumento novo, não só aqui, como fora do INCA também, somente as empresas grandes já tinham isso.

Para nós, o BSC era muito novo, então, foi uma grande dificuldade. Acho que aquele trabalho de se definir um painel de indicadores e trabalhar em cima deles, de certa forma ajudou a preparar a instituição para se preocupar em ter um instrumento de gestão. O objetivo estratégico, metas e etc. com indicadores que a gente pudesse acompanhar e ser também um instrumento que orientasse o planejamento futuro da instituição.

Eu acho que este terreno e esse trabalho que de certa forma tinha sido iniciado andou em tal ponto, que serviu de mais um exercício institucional para mostrar a importância de ter um instrumento de gestão. Infelizmente, acabou não sendo implantado de fato e serviu para o desenvolvimento de um painel de indicadores pactuado na instituição e o desenvolvimento de um sistema de planejamento Institucional que a gente chamou de SISPLAN. Na realidade, ele tem exatamente essas prerrogativas de estar incorporando as diretrizes e metas institucionais dentro da sua missão. Tem também, a prerrogativa de uma visão estratégica com

indicadores bem definidos e pactuados em todas as áreas da instituição. Isto fez com que as pessoas se sentissem construindo conjuntamente o seu painel de indicadores e o seu sistema de planejamento, tanto é que tivemos o ciclo SISPLAN no mesmo ano. Foi a primeira vez que foi implantado, e uma grande dificuldade que a gente teve por conta de um volume de projetos absurdamente grande.

Celso Coelho

Seiscentos projetos...

Dr. Maltoni

Claro que a gente estava represando um monte idéias. Naquele momento foi dito *"tirem suas idéias das gavetas e vamos nessa..".*

Fizeram projetos de tudo, até de coisas que podiam ser agrupadas em projetos conjunto, mas enfim, começou um exercício interessante de planejar a instituição de maneira mais organizada, sempre houve planejamento na instituição, enfim, mas de tentar transformar isso num planejamento continuado.

Acho que foi um grande avanço, a maneira como ele foi construído. O fato das pessoas participarem e pactuarem algumas dessas ações, e o desenvolvimento do próprio sistema foi um trabalho interno na instituição. Acho que isso dá credibilidade, dá respaldo e as pessoas se envolvem e acabam utilizando um processo de utilização do SISPLAN.

Além disso, atualmente, já estamos conseguindo começar o ciclo de planejamento mais precocemente. Anteriormente era ruim, pois só começávamos o ciclo já no segundo semestre, ou seja, ficava em cima do laço para fazer tudo, de cadastrar no sistema os projetos, as atividades e depois dali poder tramitar todo processo de aprovação de compras e etc. em outro ano, então, cada vez mais a gente consegue antecipar esse processo de planejamento. Esse ano, por exemplo, começou no inicio do ano, já agora no primeiro semestre. Imagine que no ano que vem a gente vai estar melhor ainda, em um processo evolutivo que sem duvida nenhuma, tem ajudado demais a instituição.

Esta ajuda é menos até pelo instrumento que na verdade é um instrumento de informática, um sistema informatizado, que ajuda no acompanhamento, organiza para quem quer cadastrar um projeto ou uma atividade. O SISPLAN tem uma

serie de pré-requisitos, isso facilita para as pessoas entrem com seus projetos e atividades. Contudo, muito mais que isso, mais do que ser um sistema de planejamento informatizado – menos pelo fato de ser um instrumento de informática - ele organiza na instituição, o trâmite de aprovação de pactuacão de recursos, e isso é o algo a mais. Ele ajuda a gente a fazer aquilo que é mais difícil. A gente sempre tem um orçamento e recursos que estão sempre muito aquém daquilo que se precisa e o próprio processo de aprovação dentro do sistema obedecendo obviamente à lógica de aprovação institucional. A gente, não obedece ao sistema, o sistema obedece a essa lógica desenhada, acho que é um respeito maior nas prioridades. Isto força essas prioridades institucionais a terem níveis de aprovações compartilhadas, obriga uma discussão mais ampla dentro da instituição, onde não é só um ou dois que tomam decisões, mas é uma decisão que vem trabalhada dentro de cada unidade, cada direção, de cada coordenação, enfim, acho que isso talvez seja o maior ganho institucional.

Em relação a isso, eu acho que a gente está em um processo de amadurecimento do sistema. Estamos longe de possuir o sistema ideal ou de estar planejando de uma maneira mais adequada possível, eu acho que a gente tem avançado muito, acho que isso tem nos ajudado demais a cada ano aperfeiçoando o nosso ciclo de planejamento, nosso planejamento em si.

Tudo isso é decorrente do processo de compra e aquisição, de estar com a instituição abastecida nos seus insumos e com possibilidade de crescimento de aquisição de novas tecnologias etc., acho que o SISPLAN organizou de uma forma compartilhada e que todo mundo participou todas essas ações de planejamento que são fundamentais para sobreviver.

Celso Coelho

Duas questões que eu gostaria de te perguntar agora, em relação ao SISPLAN: Primeiro: o que você apontaria ainda como ponto fraco do SISPLAN, e que ele não acaba atendendo como ferramenta gerencial? A segunda decorrente da primeira é sobre o que é preciso melhorar no SISPLAN?

Dr. Maltoni

Eu acho assim, a gente precisa melhorar primeiro o próprio instrumento como sistema de informação. Acho que ainda temos dificuldade de localizar as coisas e acredito que é só uma questão de icluir parâmetros no sistema. Você poder selecionar um projeto por finalidade, por tipos de projetos; se eu quero um projeto só de uma unidade ou só de outra unidade ou outros projetos que são colocados de maneira em geral em casos novos e que geralmente quem o cadastra vai colocando unidade um, dois, três. Não é para ter as coisas emaranhadas, acho que o sistema pode se aperfeiçoar tirar relatórios em cima daquilo que é a necessidade do usuário. Quero saber, por exemplo, qual o projeto do centro de custo ***X,*** no período tal, utilizar um pouco mais o instrumento com relatórios mais refinados. Creio ser uma questão de desenvolvimento do sistema, da qual tenho certeza que são coisas capazes de serem resolvidas.

Outro problema é na realidade um problema do sistema em si, em relação ao próprio processo de planejamento. Eu acho fundamental e que a gente tenha colocado isso ao longo dos últimos anos de que o processo de planejamento tem que iniciar imediatamente depois quando acaba o outro. O fato de não ficar aberto o tempo todo atrapalha. Tem que estar continuamente aberto, as pessoas têm que ter acesso ao SISPLAN.

Tem o prazo para a gente concluir o período de planejamento, e é obvio que a gente não acaba nunca, mas o SISPLAN tem que estar aberto para as pessoas colocarem projetos, enfim, terem prazos para tramitar mais no SISPLAN.

As pessoas todas podem consultar. Isso é um instrumento, é um exercício. Aqueles indicadores são poucos utilizados. São poucos os indicadores do SISPLAN. Agora, a partir de julho temos uma reunião da coordenação de assistência. Já avisei a todos os diretores que em julho nós vamos analisar o primeiro semestre na instituição em relação à assistência, segundo, os indicadores que pactuamos no SISPLAN. Estamos preparando uma analise de indicadores no primeiro semestre, com o intuito de consolidá-los, mas estamos no momento de implantação do *absolute* nas outras unidades e isto tem atrapalhado um pouco nesses dois últimos meses pela falta de tempo. Estaremos revendo o painel de indicadores, mas no fim do mês deve está concluído. Trabalhar os indicadores é uma coisa que eu acho que faz falta na cultura organizacional. É

acompanhar aquilo que foi pactuado, é cobrar resultado. Acho o SISPLAN um instrumento ótimo, que pode nos ajudar muito. A gente tem que rever daqui a pouco aquele painel de indicadores. Tirar alguns, acrescentar outros que podem ser mais importantes. Como foi o primeiro exercício, ele obviamente é passivo em uma serie de aperfeiçoamentos, mas acho que mais que isso é o esforço de aprimorar um instrumento gerencial. Acho que a limitação é assim um pouco em relação ao desenvolvimento, aprimorar, lapidar mais o sistema, mas acho que a maior limitação é o pouco uso que a gente faz dele. O nível gerencial da instituição o torna um especial acompanhamento do que foi pactuado nos indicadores e por aí afora. Tem que estar mais próximo, perseguindo um pouco mais os resultados, buscando metas, cobrando as chefias das áreas, porque essas metas que não estão sendo atingidas são passíveis de se trabalhar, corrigir as que eventualmente não são atingidas e as vezes são inerentes a nossa vontade, mas que a gente precisa justificar o que está acontecendo. Então, essa cultura de trabalhar o resultado precisa ser um pouco mais incorporada, não acho que seja um defeito do SISPLAN, acho que é muito mais um aculturamento da instituição que vai caminhando.

Celso Coelho

Só para terminar, pelo que você conhece de gestão das outras instituições de saúde, hospitais na rede SUS, você acha que o SISPLAN é um produto de para ser aplicado apenas no INCA, ou você acha que essa ferramenta gerencial é um produto de exportação extra-muros pode ser aplicada em outras instituições?

Dr. Maltoni

Eu acho que sim, acho que o SISPLAN, pode ser exportado como sistema, como uma ferramenta sem dúvida nenhuma. A única coisa que vai criar um pouco de dificuldade no começo é se adequar ao modelo de gestão das instituições. O SISPLAN acompanha nosso modelo, ele tem os trâmites e processos que chamamos de aprovação de cada item e foi desenhado para nosso sistema de planejamento, pelo nosso sistema de aprovação, pelos nossos trâmites internos de aprovação do nosso planejamento. A gente quer incorporar alguma nova tecnologia ou aprovar algum novo projeto, a gente tem o nosso trâmite do SISPLAN que foi desenhado com esse fluxo de aprovação. Certamente se formos exportar o modelo de um sistema de planejamento como esse, ele vai ter que ser

usado na particularidade de cada unidade assistencial. Um sistema que pode ser utilizado por outras instituições de saúde no país, mas não tenha menor dúvida, ele precisa para isso ainda ser um pouco mais refinado, trabalhado, aprimorado e é o nosso próprio papel fazer este aperfeiçoamento. Começamos um processo que não tem muitos anos de desenvolvimento e esse sistema está sendo aperfeiçoado, mas acho que tem um potencial imenso da gente disponibilizar isso para rede.

Anexo 5 - Depoimento da Dra. Rita Byington
Diretora do HC I

Maio de 2007

Celso Coelho

Dra. Rita qual foi à motivação na sua concepção para implementação do SISPLAN no HC I?

Dra. Rita Byington

Quando assumi a direção do HCI eu não conhecia bem a Instituição. Na realidade, o INCA necessitava iniciar um processo de planejamento e orçamento que incluía todos os espectros das atividades do Instituto, não só dos hospitais. Tanto que no primeiro ciclo do SISPLAN o grande motivador da participação de todos, foi uma frase do Temporão, para todo mundo tirar os sonhos da gaveta, sem direção nenhuma, sem prioridade nenhuma, sem nenhuma orientação que não fosse essa, tirar tudo da gaveta. E isso foi um modo de fato muito interessante de motivar todo mundo com a participação no processo de planejamento. Porém, isso que foi uma virtude naquele primeiro momento, depois se mostrou como um vício, pelo fato de que seria evidentemente impossível contemplar todos os projetos e os sonhos de cada um.

Celso Coelho

Foram quase seiscentos projetos no primeiro ciclo.

Dra. Rita Byington

Exatamente. Então o que aconteceu? Houve uma frustração do mesmo tamanho correspondendo ao não atendimento das expectativas. Tanto que, os ciclos seguintes vieram sofrendo esses ajustes e passou a ser uma coisa mais direcionada. Ainda assim, ficou difícil fazer com que as pessoas participassem com a mesma empolgação, embora já houvesse os graus de avaliação das Câmaras Técnico-Políticas. Aqueles graus ficaram subjetivos porque não tinham sido definidos os critérios de aprovação dos projetos e a nota de corte dos que seriam implementados. O que se dizia é que o grau atribuído pela Câmara não era o que aprovava ou o que reprovava, serviria para instrumentalizar o Conselho

Deliberativo (CD) a fazer um ponto de corte. Acima do grau 3 por exemplo, os projetos seriam discutidos no CD, abaixo de 3 nem seriam discutidos, o que deixou as pessoas também muito desapontadas. Não houve planejamento adequado ou qualquer previsão de dificuldades do que poderia acontecer. Houve apenas esse desejo de que todo mundo pudesse expressar suas vontades. E depois o que se faz com a vontade de todo mundo? Não houve uma previsão nesse sentido.

Outra coisa, no primeiro ciclo do SISPLAN - e acho que isso é um problema que ainda não conseguimos resolver - refere-se ao acompanhamento dos projetos no próprio SISPLAN. Desde o primeiro ciclo quando foi usado como uma ferramenta, a gente tem dificuldade para o acompanhamento. Foi adquirido tal item ou não foi? Não tenho como saber no SISPLAN. Pelo SISPLAN a gente não tem essa informação, o sistema *NOTES* e o *EMS*[40] poderiam ser incorporados como fonte de informação. Você vai ao outro sistema – o *ABSOLUTE* - e aí é que você vê se o item está sendo usado, se está sendo utilizado. O SISPLAN desde o inicio na sua plenitude, vem sendo usado sem um programa educativo pesado, principalmente, por falta de se pensar a interface dos outros programas.

Celso Coelho

O SISPLAN atendeu às suas expectativas?

Dra. Rita Byington

A Diretoria Executiva tem feito muitas coisas, algumas decisões relativas em investimentos da forma como havia sido proposta, como uma única ferramenta. Ah! Você está precisando mesmo de um equipamento novo? Então você escreve um projeto e estima os recursos. Hoje, se percebe que não é bem assim. A Direção Executiva pesa na hora da opção e da decisão. Se interpretam que é importante levar a opção da Diretoria Executiva de que é bom, aquilo acaba virando um projeto concreto. Vou conseguir tudo aquilo que eu não tinha conseguido. Acho que a preocupação do chefe do planejamento é exatamente de não deixar de contemplar, coisas que sejam de fato relevantes. A preocupação é essa, sempre. Agora o processo de discussão disso é que não obedece aquele

[40] EMS é um sistema de gestão corporativo utilizado no INCA.

fluxo acordado no que deveria contemplar todos os projetos Institucionais. Tanto que, embora se dê prioridade para os projetos que sejam auto financiáveis, isto é, projetos que não vão consumir recursos Institucionais e pelo contrário, vão trazer recursos, estes projetos também vão ser levados ao CD para discussão. E isto acontece, somente para que haja democratização das decisões relativas a qualquer projeto implementado no INCA.

Celso Coelho

Devido a essas dificuldades de priorizações, alguns projetos já deveriam sair com uma pontuação da própria direção, já que na câmara técnica, as pessoas não tem capacidade de definir as suas prioridades. Esses projetos já não deveriam ser encaminhados com certo peso? Não envolveria as diretrizes do hospital?

Dra. Rita Byington

Esse ultimo ciclo já aponta para isso que você está falando. Na ultima Câmara Técnica os projetos foram avaliados pelas Câmaras Técnicas correspondentes. Fomos aprovados pelas Câmaras Técnico-Políticas (CTP) e depois na Coordenação de Assistência (COAS) nós tivemos uma reunião de priorização da coordenação de assistência, inclusive para nós isso foi muito interessante. Teve projeto com grau 2 ou 2,5, nós contrapusermos a argumentação, em cima da avaliação das Câmaras Técnicas, mas também podendo trazer como uma prioridade. Depois, a Câmara não tinha pontuado, como é que a gente compatibiliza isso com processo orçamentário que não fica aberto o ano inteiro, a disputa do recurso, que eu ainda não conheço. Até consigo entender, você tem mais tempo de avaliar os projetos tem mais tempo para voltar para o autor do projeto, para poder fazer algumas modificações. Tem essa coisa meio ilusória para o povo de modo geral no plano agora, tem dinheiro para isso? Não tem, então pra quê?

Celso Coelho

Em relação ao HCI, houve algumas frustrações, eu vi isso, essa é a nossa realidade, gestão do INCA e do HCI?

Dra. Rita Byington

Deixou de contemplar nos ciclos. Vou adquirir um determinado equipamento para 2005 para o equipamento poder fazer exames.. Isso se perde, eu não tenho uma ferramenta de acompanhamento para em 2006 poder transformá-lo em atividade. Como eu posso ter o acompanhamento relativo daquilo que foi adquirido, do cotidiano; nossos indicadores. Não tem no SISPLAN um veiculo para isso. Eu acho que a gente precisa retomar de alguma maneira, coisas que não passam pelo SISPLAN. Por exemplo, grande parte da verba é destinada com serviço de terceiros, então a discussão, as deliberações são tomadas em cima dos investimentos exclusivamente, e esse hospital particularmente com problemas estruturais em função da idade do prédio, exige um sem número de reformas, que não estão sendo olhadas a contento no meu ver. Por isso, a gente tem um foco na atenção *(assistência)* e o resto vai imerso, o gasto é esse, o gasto é aquele, farmácia... A gente não quer aparecer em lugar nenhum como um problema, que é parte do planejamento da atividade mais global do hospital, isto é, aquela que contempla os pacientes. Historicamente se fazia assim, e vai fazendo sem parar de pensar se isso é assim, que pode ser feito se pode modificar esse momento Institucional, não tem. Até mesmo porque, nós não temos o orçamento individualizado, então não é possível para um gestor do Instituto Nacional do Câncer hoje, sentar para dentro da unidade hospitalar e colocar todo mundo para trabalhar e o nosso plano de orçamento é tal, a gente não tem isso, mas tem isso aqui. Então fica sem chão, sem teto. O que a gente precisa? Por que esse corte vai ser feito no outro espaço, e a gente nunca sabe de quanto? Essa questão é uma, o nosso horizonte de ter uma só unidade, vai dar conta disso no tempo, mas isso é uma coisa que eu acho que tinha que ter sido feito de alguma maneira, de dar uma individualizada nas necessidades das unidades. Assim, há dois anos não tivemos recursos para obras, porque o HCII precisava de obra. Ninguém discute que o HCII precisava de obra, e o HCI não precisa? Porque um precisa, então os outros não podem fazer? E você não tem como gestor o poder de fazer suas escolhas junto com uma equipe junto com uma necessidade, a escolha deixa de ser do gestor para ser de quem?...

A historia não é para personalizar, mas a unidade hospitalar deixa de ser contemplada dentro de várias necessidades e tem uma ou outra prioridade do

INCA. E outra coisa, o SISPLAN não menciona recursos humanos, quero comprar tal equipamento, incluir três anestesistas, põe um processo de planejamento em que você pode ampliar sem ter de contemplar recursos humanos, para poder funcionar direito. Qualquer empresa que pensar em ampliar, exemplo COPA D'OR vai pensar em recursos humanos. Vamos abrir um centro de endoscopia. O que é necessário? O aparelho tal, a pessoa é essa, essa e aquela. Aqui hoje, o que posso pensar? Vou fazer um centro de endoscopia, vou comprar isso, para isso, o insumo é esse. Quem você vai contratar para trabalhar? não sei.

Acho que vem se aperfeiçoando, mas acho que ainda faltam essas questões....

Anexo 6 - Depoimento da Sra. Myrian Fernandes
Gerente do Planejamento Estratégico do INCA (DIPLAN)

Celso Coelho

Qual foi a motivação para a construção do SISPLAN?

Sra. Myrian

Devido a uma gestão anterior centralizadora. Para o novo modelo em si, de participação e compartilhamento da decisão com várias instâncias colegiadas, já não competia mais instrumentos que tinham sido utilizados para resgatar alguma coisa anterior. Na realidade já existia um instrumento, uma metodologia que não se aperfeiçoou porque a lógica era um pouco diferente no sentido de como era uma gestão do trabalho.

Quando o novo Diretor assumiu, em seu discurso de posse dizia “Tirem os projetos que estão guardados nas gavetas...” Então, você convoca, estimula as pessoas que exponham suas idéias que estavam na cabeça, e a coloquem no papel. O instrumento era o SISPLAN – um instrumento em *Power Point* - que representava de forma prática o que o modelo de gestão preconizava e então a aceitabilidade foi fácil no início. A compreensão foi mais difícil, por quê? Pela falta de tempo dos médicos, pela novidade, pelo processo, etc.

Para o ciclo 2004, especificamente no HCI, devido a uma gestão, assim, pouco comunicativa, houve mais dificuldade com esse instrumento, tanto no modelo quanto no SISPLAN, entrar no dia a dia na atividade da assistência como um todo.

Em 2006, em uma reunião convocada para cento e setenta pessoas, no HCI tinham oito pessoas, então, proporcionalmente ao se tamanho, vemos a dificuldade no conceito participação e compartilhamento.

Celso Coelho

Na direção do INCA para o HCII foi passado com grau menor de dificuldade?

Sra. Myrian

O Coordenador da assistência, que já tinha sido diretor daquela Unidade. Havia o momento e esse mecanismo tinha que ser levado em conta. Para o que na

realidade facilitasse o atendimento de suas demandas. Então, tudo que provinha desse modelo, a direção do HC II acreditou e se dedicou, sobre isso, já o HCI se percebia que estava perdendo, entre aspas, por quê?

Porque na época da gestão centralizada o HCI por ser uma unidade mais complexa e mais próxima (por localização) da Direção Geral, gozando de mais facilidades, quando surgiu um modelo e uma ferramenta que colocava todas as áreas, todas as unidades no mesmo nível de discussão e quando todos teriam de competir sobre o mesmo recurso, isso de certa maneira causou impacto negativo no HCI porque ele estava acostumado a receber mais recursos do que nas outras unidades. Tanto assim que em um dos seminários de capacitação, e eu sempre uso este exemplo, houve um depoimento que foi muito marcante quando alguém do HC I disse "... *eu preferia como era antigamente. Mandava nossa demanda e alguém decidia..."* e de certa maneira eles realmente conseguiam mais recursos. Hoje eu posso afirmar que existe uma discussão com todos os diretores. Não é mais cada um querendo só o recurso para si, mas existe uma co-responsabilidade nessa discussão, então vale o argumento institucional.

Celso Coelho

Está dentro do que você esperava, atendeu as suas expectativas?

Sra. Myrian

Acompanho desde o início da informação até a discussão sobre recursos, e ele está inseridos em um modelo. Deixou de ser meia dúzia de pessoas discutindo o modelo do INCA para ser discutido em outras instâncias, acho que permite que o INCA conheça o INCA, cada vez mais. Pelo menos o SISPLAN disponibiliza a você conhecer o INCA, basta querer. Hoje qualquer funcionário pode saber o que acontece durante o processo de decisão. Assim qualquer funcionário pode saber quais foram os projetos aprovados. Agora é óbvio, o ponto fraco, é que você sabe como o INCA é, direcionou seu investimento mas não sabe o resultado, então, o ponto fraco é o acompanhamento. Se você não sabe o resultado você não sabe o que está dando certo, só sabe onde está gastando recurso.

Celso Coelho

O que você mudaria hoje no SISPLAN?

Sra. Myrian

O processo sistemático de acompanhamento, só isso, o resto deixaria como está. Na verdade faria duas modificações: Implantação do monitoramento das estratégias que pode ser pelo *BSC* e claro que algum momento você vai ter de juntar os dois – SISPLAN e *BSC* - pois você vai ter que fazer alguns ajustes para poder ter aquele monte de projetos, definir adequadamente e prioriza-los. A segunda é a agilidade nas decisões, que permitirá assim o alcance dos objetivos específicos, objetivos estratégicos e atender as demandas sempre crescentes dos administradores, monitoradas pelos indicadores e os fatores críticos de sucesso.

Anexo 7 - Depoimento do Dr. Antonio Augusto
Gerente da Área de Desenvolvimento da Tecnologia da Informação

Celso Coelho

Na sua concepção, qual foi à motivação para implantação do SISPLAN no INCA?

Dr. Antonio Augusto

O SISPLAN é o sistema que representa e estrutura a proposta de gestão participativa e compartilhada idealizado pelo Dr. José Temporão e que teve seguimento na gestão do Dr. Santini. Através do SISPLAN os projetos discutidos nas câmaras técnico-políticas são discutidos e priorizados. È um marco em nossa instituição.

Celso Coelho

O SISPLAN atendeu as expectativas idealizadas inicialmente?

Dr. Antonio Augusto

Com relação ao planejamento e priorização de projetos, o SISPLAN cumpre perfeitamente o seu papel. Com relação ao acompanhamento de projetos, apesar das funcionalidades existirem e funcionarem perfeitamente, o SISPLAN ainda não é utilizado em sua plenitude.

Celso Coelho

Como vê a importância do SISPLAN, nesse novo modelo de gestão?

Dr. Antonio Augusto

O SISPLAN é estratégico porque é a ferramenta que torna tangível a proposta de gestão participativa e compartilhada.

Celso Coelho

Quais os pontos fracos e o que precisa ser melhorado no SISPLAN?

Dr. Antonio Augusto

Em um sistema estratégico, o desenvolvimento e implantação das funcionalidades é a etapa, mas simples. O grande desafio está na gestão de mudança e de cultura da organização. A meta é motivar os colaboradores a utilizarem o SISPLAN no seu dia-a-dia e não somente nos ciclos de planejamento. O foco deve estar nas áreas de RH e planejamento no que se refere a motivar os colaboradores a essa mudança cultural com enfoque no planejamento e acompanhamento efetivo de projetos e atividades.

Manual de Utilização do SISPLAN

SISPLAN – O Sistema de Planejamento do INCA

O SISPLAN é uma ferramenta gerencial de fundamental importância dentro do modelo de gestão colegiada, que vem redesenhando os espaços institucionais de decisão, discussão de políticas e consenso.

É importante porque vem fortalecendo a transparência e a participação de todos os funcionários da instituição, uma vez que permite a participação na elaboração de suas atividades e projetos, facilita o acompanhamento dos objetivos e metas pela intranet (ambiente de fácil acesso dos funcionários) e expõe para todo o INCA suas prioridades, reflexo das deliberações.

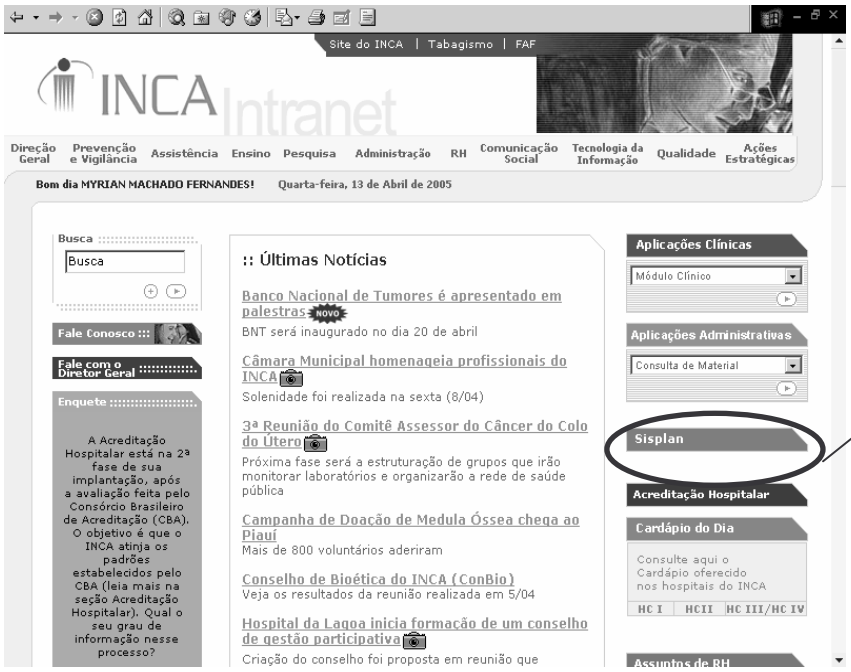
O Sistema de Planejamento do INCA (SISPLAN) tem por premissas básicas:

- Programas de trabalho categorizados em atividades e projetos[41]
- Todas as atividades e projetos estão relacionadas às linhas de ação e estas aos objetivos estratégicos;
- Pactuação dos objetivos e das metas com indicadores;
- Monitoramento dos objetivos estratégicos para o alcance da VISÃO;
- Transparência e acessibilidade das ações, alocação de recursos e
- Informações à funcionários em todos os níveis (Intranet);
- Integração institucional (gestão participativa e compartilhada);
- Fácil acessibilidade e manuseio.

Como acessar o SISPLAN

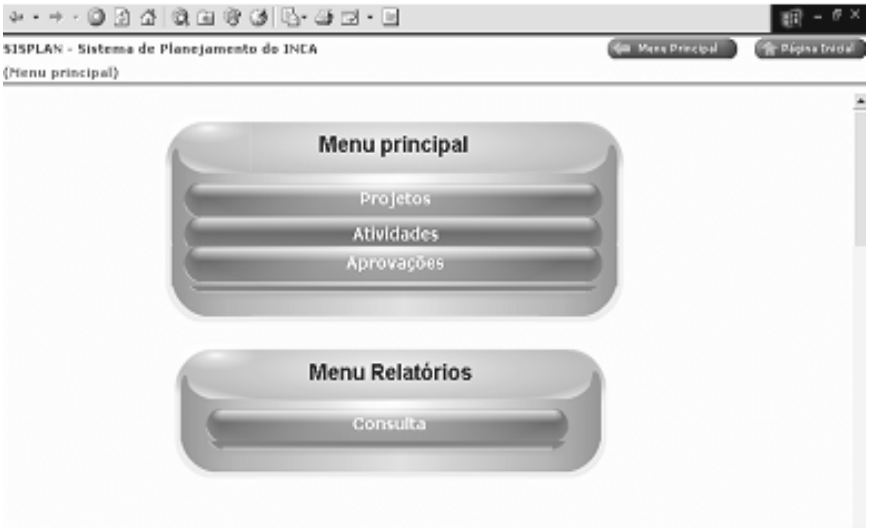
O acesso ao SISPLAN é feito através da INTRANET, por tanto é necessário ter senha cadastrada no sistema interno do INCA. Não havendo, deve ser enviado um e-mail para a Tecnologia da Informação, por parte da chefia imediata, requisitando senha para utilização da INTRANET e do SISPLAN informando para isso nome e matrícula do funcionário.

41 Atividades e Projetos – ações empreendidas de forma contínua, no dia a dia da instituição inovações e /ou modificações significativas a serem realizadas nos processos ou nas atividades desenvolvidas no Instituto e, ainda, a incorporação de tecnologia; os projetos são executados por um tempo determinado, após o qual podem vir a se tornar uma atividade.



ÍCONE DE ACESSO AO SISPLAN

Tela Inicial da INTRANET



Tela Inicial do SISPLAN

PROJETOS

Um Projeto é um documento que sistematiza o traçado prévio da operação de um conjunto de ações. O projeto deve detalhar as ações a serem desenvolvidas, indicar os parceiros necessários a sua execução, estabelecer o papel de cada um e suas inter-relações, definir objetivos, fixar prazos, especificar recursos, construir indicadores e metas para monitoramento.
São considerados projetos:

- Toda ação que possui um início, meio e fim.
- Necessidade de incorporação de novas tecnologias.
- Incorporação de uma nova atividade.
- Mudança de processo / atividade que implique em impacto frente a outros processos.

São qualidades esperáveis de um projeto:

- Simplicidade e clareza na redação;
- Objetividade e exatidão nas informações e nas especificações técnicas;
- Ser compatível e coerente em suas relações entre as partes e com as linhas de ação institucionais;
- Ter relação visível entre as etapas previstas e o alcance dos resultados desejados, expresso nos objetivos.

A cada ano, os projetos desenvolvidos pelos diversos funcionários do INCA, são contemplados em ciclos anuais dentro do SISPLAN. De acordo com a etapa vigente, algumas opções dentro do sistema são habilitadas e outras ficam desabilitadas. Por exemplo, se um projeto estiver com o status *"Em Aprovação"*, modificações serão desabilitadas, e a opção "enviar" estará habilitada.

As situações possíveis (status), relativas ao andamento de um projeto são:
Rascunho – O Projeto está sendo desenvolvido e ainda não foi enviado a instância imediatamente superior.

- Em Aprovação – O Projeto foi fechado e está seguindo o fluxo de Aprovação.
- Devolvido – O Projeto foi fechado e enviado, porém em alguma instância, foi devolvido pela chefia para modificações ou exclusão.

- Aprovado – O Projeto passou por todas as etapas do fluxo de aprovação e foi considerado um projeto passível de implementação pelo Conselho Deliberativo.
- Finalizado – Abrange os projetos aprovados, implementados e que atingiram os objetivos e as metas propostas.

Além do status, o sistema consta ainda de um Banco de Projetos (– A) que abrange os projetos aprovados e não implementados nos ciclos anteriores.

Cadastrando um Projeto

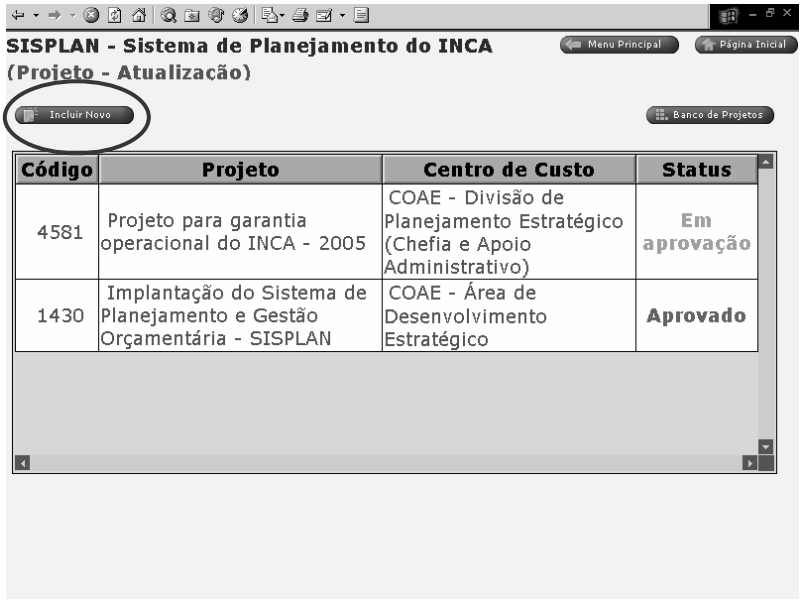
É importante que antes do cadastramento, o usuário tome a iniciativa de discutir suas idéias entre seus colegas de área, possíveis interessados e participantes e chefias, com o intuito de constatar fatores como a viabilidade do projeto, objetivos institucionais e metas. Tendo um melhor referencial sobre a importância do projeto para o INCA, o usuário deve antes de começar o cadastro no SISPLAN, fazer um detalhamento do projeto, atentando para os seguintes pontos:

- Descrição do processo: o que será feito e como;
- Serviços necessários e capacidade de atendimento às demandas identificadas;
- Seqüência lógica das ações, interdependência e conexões entre elas, e duração de cada uma das etapas;
- Especificações necessárias para a realização da ação: recursos humanos, materiais de consumo e permanente) (equipamentos) - e físicos (obra ou reforma), capacitação de pessoal, rotinas e áreas envolvidas;
- Previsão de recursos monetários (despesas e receitas), inclusive para manutenção;
- Indicação das fontes de recursos: Ministério da Saúde, FAF ou outros (fontes externas).

Após a obtenção e organização destas informações, pode-se passar ao passo seguinte.

CADASTRAMENTO

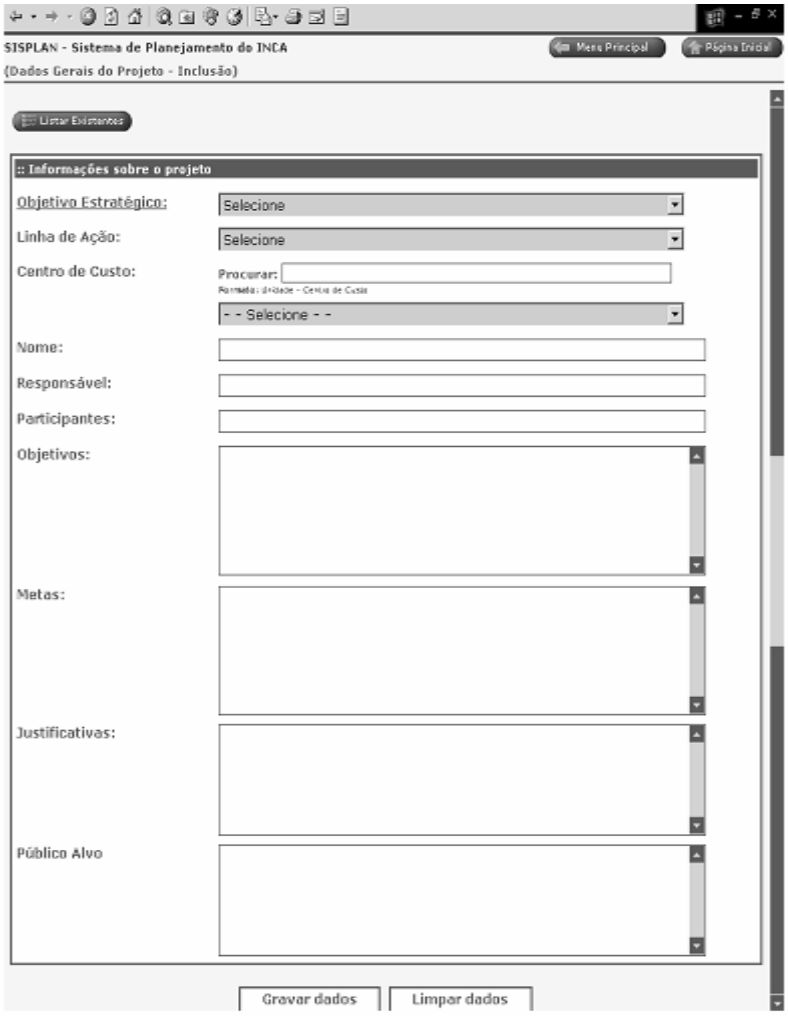
Para iniciar o processo de cadastro de um projeto no SISPLAN, vá ao “Menu Principal”, na tela inicial do SISPLAN, e dê um clique em “Projetos”. Será aberto então, uma tela como a abaixo.



Tela dos projetos sobre responsabilidade do usuário

Esta tela lista todos os projetos referentes à matrícula de quem acessou o sistema. No canto superior esquerdo, existe um botão denominado “Incluir novo”.

Com mais um clique, estamos na primeira tela de cadastro dos projetos, “Informações sobre o projeto”.



Tela de cadastro de projeto

Informações sobre o projeto

Nesta parte adicionaremos muitas das informações necessárias para o cadastramento de um projeto. Devemos lembrar que o não preenchimento de qualquer um dos campos, não permite a gravação dos dados.
Abaixo estão listados os campos a serem preenchidos e como devemos proceder em cada um deles.

Objetivo Estratégico: é a descrição dos resultados prioritários - formulados em termos qualitativos - que devem ser alcançados ou mantidos no horizonte do Plano Estratégico, para o alcance da Visão.

O que fazer: Clique na seta à direita e selecione o Objetivo Estratégico ao qual a Linha de Ação está relacionada. Exemplo: Promover o desenvolvimento e incorporação de uma cultura organizacional de gestão participativa e compartilhada, focada em resultados.

Linhas de Ação: Desdobramento dos objetivos estratégicos, que visa dar foco às prioridades em um período de tempo.

O que fazer: Selecione a Linha de Ação ao qual o projeto mais contribui para o seu alcance. Um projeto pode estar relacionado com mais de uma linha de ação, mas deve-se escolher aquela para a qual o projeto deseja contribuir mais.

Exemplo: Implantar mecanismos de avaliação e controle das ações institucionais.

Centro de Custo: é a descrição das unidades / divisões / serviços. Refere-se a uma codificação para a alocação de recursos.

O que fazer: Selecione o centro de custo responsável pelo Projeto.

Exemplo: COAE - Área de Desenvolvimento Estratégico

Nome: comunica ao público, em uma palavra ou frase síntese, a idéia precisa do problema enfocado da ação que está sendo proposta, coerente com o seu conteúdo e deve apontar para os objetivos do projeto.

O que fazer: Insira o nome do Projeto.

Exemplo: Implantação do Sistema de Planejamento – SISPLAN.

Responsável: funcionário/servidor que responsável pela gerencia o Projeto.

O que fazer: Insira o nome do responsável e respectiva função.

Exemplo: Myrian Fernandes - Chefe da Área de Desenvolvimento Estratégico

Participantes: Colaboradores / Agentes institucionais externos alocados para a realização do Projeto.

O que fazer: Insira o nome dos participantes e respectivas funções. Quando os participantes forem todos de uma mesma equipe, pode-se fazer referência à equipe.

Exemplo: Equipe da Divisão de Planejamento

Objetivos: define o que (objeto), para que (razão) e a quem o projeto se destina (cliente). Devem ser definidos com precisão e clareza, exeqüíveis levando-se em conta as reais possibilidades de serem alcançados e satisfatórios, em face do

problema abordado e das condições disponíveis para a intervenção. Poderá haver mais de um objetivo por projeto.
O que fazer: Expresse Escreva o resultado desejado com este projeto em relação ao público alvo.
Exemplos: a) Sistematizar o processo de planejamento institucional, tornando-o transparente, descentralizado e com foco em resultados e, assim contribuir para a disseminação do modelo de gestão participativo e compartilhado.

b) Construir um sistema de avaliação de desempenho por indicadores para todas as atividades e projetos.

Meta: é a forma de representação quantificável expressão quantitativa (em números) do objetivo considerando um determinado período de tempo. Sua descrição deverá refletir uma situação desejada a ser alcançada indica os resultados que, materialmente, se deseja alcançar e permitir permitindo o acompanhamento dos resultados obtidos frente aos compromissos estabelecidos. Uma meta é constituída por três componentes: objetivo gerencial pretendido, valor da meta e prazo para alcançá-la. (Ex.: reduzir o prazo de compras em 50% até o final do ano). Podem ser definidas uma ou mais metas por Projeto.

Na definição dos objetivos e metas deve haver preocupação em preservar coerência entre eles e, também, com a sua capacidade de contribuir para a formulação de indicadores que permitam o acompanhamento da execução do projeto pelos indicadores.
O que fazer: expresse o quê e quanto se pretende obter em um determinado prazo.
Exemplos:
a) Reduzir o prazo de compras em 50% até o final do ano.
b) Ter pelo menos um projeto cadastrado por Divisão em 2004.
c) Formar 40 profissionais como multiplicadores para a utilização do SISPLAN até setembro de 2004.

Justificativas: Fundamentação das necessidades e os benefícios diretos e indiretos que levaram à elaboração do deram origem ao projeto.

Deve se ter plena consciência do porque o projeto esta sendo constituído.
Alguns elementos são fundamentais para uma justificativa:
Explicitar inicialmente os antecedentes do projeto e critérios adotados para a escolha como uma prioridade;

Indicar sua R relevância para a concretização do objetivo estratégico ao qual o projeto está relacionado;

Identificar a N natureza do problema: apresentação dos principais aspectos da questão, definição do público alvo; definição do problema, a ser solucionado, de forma clara, dando ênfase aos aspectos quantitativos e qualitativos, às implicações imediatas e a longo prazo, e às medidas que já foram tomadas e/ou sugeridas em relação as implicações e os resultados obtidos; apresentar ção dos principais aspectos da questão e definição do público alvo; evidenciar a viabilidade da proposta enfatizando as parcerias existentes as parcerias possíveis.

É importante lembrar que os propósitos do projeto devem ter relação com os critérios de avaliação das CTP (Expostos no tópico 2.3) de modo que, assim, o projeto possa será considerado de extrema relevância para o INCA.

Exemplo: O processo de planejamento é uma ferramenta para pensar e agir dentro de uma sistemática analítica, orientada sobre a realidade, prevendo e antevendo situações com vistas ao alcance de objetivos e transformação de uma dada situação, sempre com o melhor uso dos recursos disponíveis. Para atender o novo modelo de gestão participativo e compartilhado, é necessário introduzir um instrumento de alcance para todo o INCA, de fácil compreensão e que contemple todas as ações desenvolvidas (atividades) e a desenvolver (projetos) na instituição, com foco na otimização dos recursos e em resultados concretos.

A construção de um sistema informatizado, no ambiente da INTRANET, facilita o acesso à toda Instituição, torna o processo transparente e em um instrumento integrador, já que todo usuário poderá acessá-lo para consultar as atividades e projetos sob sua responsabilidade e de outros, permitindo o INCA conhecer, de uma maneira geral, suas prioridades, seus objetivos e metas .

O desmembramento de todas as ações institucionais em projetos e atividades possibilita que, a alocação de recursos seja analisada sob um enfoque amplo, com todas as suas inter-relações, otimizando os recursos existentes e garantindo que as ações prioritárias sejam executadas e acompanhadas de forma transparente.

Esse sistema permite uma sistemática para acompanhamento e avaliação em todos os níveis. Será desenvolvido pelos profissionais da DTI (desenvolvimento do programa) e da COAE (conceitos) e posteriormente aperfeiçoado com as contribuições de todos os usuários.

Público-Alvo: identificação e dimensionamento da população/segmentos da sociedade aos quais se destina o projeto e que se beneficiam com a sua execução.
O que fazer: expresse o resultado desejado com este projeto em relação ao público alvo.
Exemplo: Todos os funcionários do INCA.
Após preenchimento de todos os campos, o botão “gravar dados” deve ser acessado. Feito isso, uma nova tela aparecerá trazendo consigo a frase “criado com sucesso!”.

Importante! Deve se prestar atenção para o tempo de espera, se todas as fases forem concluídas e o botão “gravar dados” não tiver sido clicado, o processo de cadastramento não estará concluído! Logo, se for iniciado o cadastro e o sistema ficar sem ser utilizado durante 20 minutos, as informações lançadas se perderão (semelhante ao SHI/ABSOLUTE).

Importante! Os projetos que ao final do ciclo são alocados para o Banco de Projetos, poderão ser resgatados pelo próprio autor (parcialmente) ou copiados se o projeto for de autoria de terceiros (vide item 2.6).

Seu projeto então receberá o status de “rascunho” e então poderemos entrar em detalhes sobre o mesmo, uma vez em que os módulos de dados gerais, indicadores, cronograma, recursos orçados, recursos realizados, problemas e oportunidades estarão disponíveis.

Abaixo veremos como se dará este processo de detalhamento do projeto.

Indicadores

Em planejamento, o controle é um instrumento fundamental de apoio e racionalização da execução, visando assegurar o programado, prevenindo desvios e garantindo resultados. A ação de controle deve ser contínua e os momentos de verificação serem pré-definidos (mensal, semanal, etc), que varia de acordo com a natureza do projeto, com o objetivo e as metas definidas.

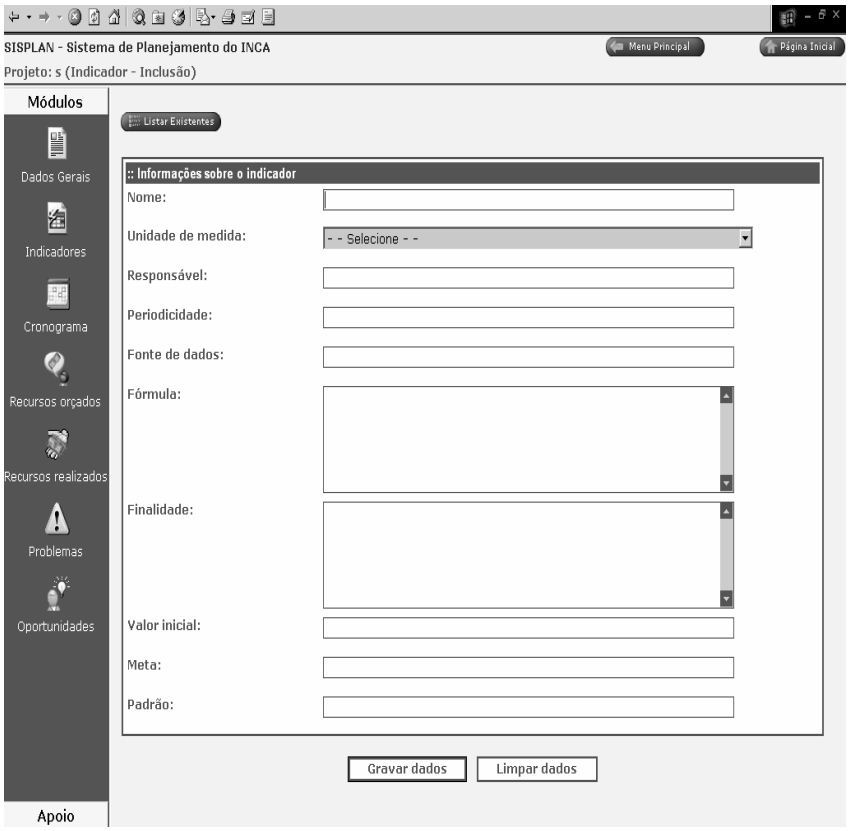
Um elemento essencial na gestão com foco em resultados é o uso de indicadores para facilitar a tomada de decisões.

A meta do projeto é a quantificação em um determinado período de tempo dos objetivos em um determinado período de tempo, e o indicador é a maneira pelo qual será acompanhada a evolução e o alcance das metas. Para cada meta do projeto deverá ter haver pelo menos um indicador relacionado.

Para cadastro dos indicadores após a inserção dos dados gerais, selecionar em “módulos” a opção “indicadores”. Clicando em “Indicadores”, temos um botão chamado “Incluir Novo” que será utilizado para a construção do Indicador.

Tela inicial dos Indicadores

Acessando-o, será mostrada uma página com alguns campos para preenchimento. São as informações necessárias para a construção do indicador que mensurará o desempenho do projeto.



Tela de cadastro dos indicadores

Abaixo estão listados os campos e como devemos proceder em cada um deles.

Nome: forma pelo qual o indicador será mostrado. Deve permitir a compreensão direta do que será medido pelo indicador.
O que fazer: Informe o nome do indicador.
Exemplo: Percentual de Divisão com pelo menos um projeto cadastrado no SISPLAN.

Unidade de Medida: padrão escolhido para mensuração do indicador (unidades, percentual, metros, m2 , Km, etc).
O que fazer: selecione a unidade de medida do indicador.
Exemplo: Percentual.

Responsável: responsável pela medição do indicador cadastrado.
O que fazer: Informe o responsável pela medição do Indicador.
Exemplo: Alexandre Stork.

Periodicidade: Intervalo de tempo exigido para o acompanhamento dos resultados. Expressa o tempo entre as medições do indicador (quinzenal, mensal, bimensal, etc.).
O que fazer: Informe a periodicidade de medição dos indicadores. Informe a periodicidade de medição dos indicadores.
Exemplo: trimestral

Fonte de Dados: Fonte responsável pelo registro ou produção das informações necessárias para apuração e divulgação periódica dos índices (ex: DATASUS, IBGE, SISCOLO, etc.).
O que fazer: Informe a fonte de dados.
Exemplo: SISPLAN

Fórmula: Fórmula matemática ou uma definição necessária à compreensão do índice.

O que fazer: Insira a fórmula matemática utilizando o padrão de fórmula “MS-Excel”.
Exemplo: Nº de centros de custos de Divisão com pelo menos um projeto cadastrado no SISPLAN no trimestre x 100 / Nº de centros de custos de Divisão.

Finalidade: Informação, que deve ser sucinta, para qual objetivo ou decisão a ser tomada, o indicador foi criado. Deve-se ter plena consciência do propósito a que este indicador serve,. se Os resultados do indicador não devem, necessariamente, remeter m a uma conclusão/ação especifica, caso contrário, este não é um indicador válido., pois não espelha o estágio de desenvolvimento do projeto.
O que fazer: Descreva as decisões que este indicador permite tomar ou objetivo que se quer alcançar.
Exemplo: Acompanhar a adesão das chefias de Divisão ao processo de planejamento e gestão orçamentária institucional.

Valor Inicial: É a aferição do indicador mais recente, mensurado com a unidade de medida escolhida. Reflete o estado atual da situação antes ou no início da execução do projeto. Deve permanecer com o mesmo valor (não alterar no sistema) de forma a beneficiar a análise de evolução do indicador. Caso o indicador ainda não tenha sido implantado, o valor colocado deve ser zero.
O que fazer: Insira o valor atual do indicador.
Exemplo: 0 (não existe informação no momento por ser um indicador novo)

Meta do indicador: Define o resultado a ser alcançado na periodicidade do indicador. É fundamental que as metas do indicador estejam relacionadas às metas estipuladas para o projeto.
O que fazer: Com base no padrão definido e na situação atual (do indicador), defina a meta a ser alcançada levando em consideração a periodicidade do indicador. O indicador deve ser o mecanismo que identifique se os resultados obtidos levam ao alcance das metas do projeto.
Exemplo: 100 (espera-se que ao final de cada trimestre tenhamos pelo menos um projeto cadastrado pelas chefias de Divisão = 100%).

Padrão: Valor numérico do indicador (índice) escolhido como referência de comparação. O valor padrão pode ser definido com base em padrões adotados universalmente ou convencionado com base na experiência própria ou de instituições semelhantes.
O que fazer: Insira o índice padrão.
Exemplo: 100 (não existe um padrão pré-definido, mas acredita-se que neste caso o padrão deveria ser igual a meta).

Após o preenchimento desses campos e do acesso ao botão “gravar dados”, o indicador será criado. É importante assinalar que o número de indicadores é ilimitado., variando com as metas propostas para o projeto.

Tela de confirmação de cadastramento do indicador

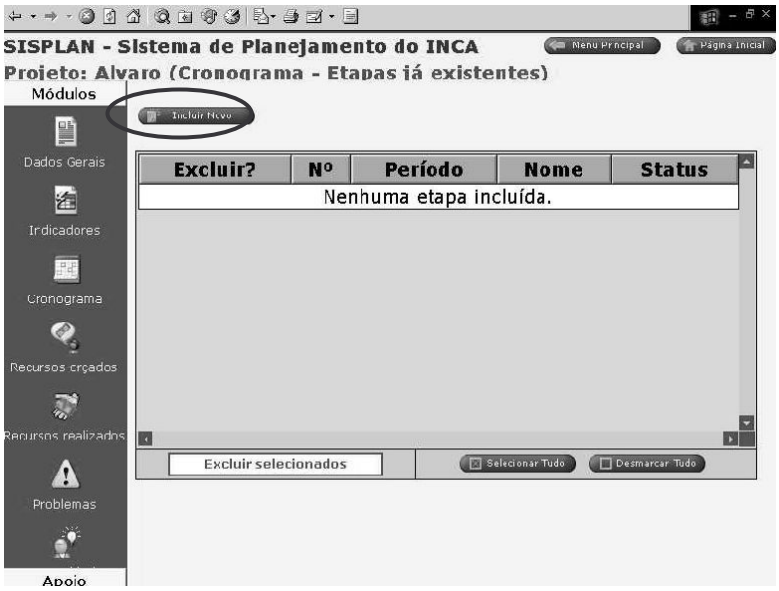
Podemos prosseguir então para o próximo módulo “Cronograma”.

Cronograma

No Cronograma, estabelecemos os prazos das diversas etapas de um projeto. Para adicionar uma etapa deve-se acessar o módulo “Cronograma” e então clicar sobre o botão “Incluir Novo”.

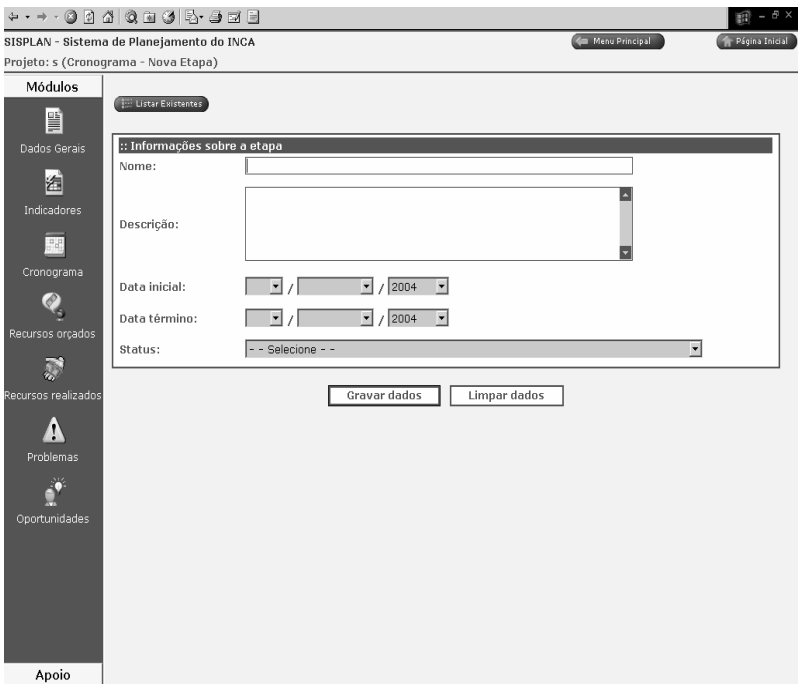
Esta fase de elaboração do projeto também precisa ser bem analisada, dela depende todo o aprendizado que será adquirido durante do processo de acompanhamento. Relaciona-se ao trabalho de sistematização das atividades e dos procedimentos necessários à efetivação das decisões tomadas e para o alcance dos resultados previstos. Quanto maior o detalhamento do cronograma,

mais fácil será a implementação de medidas corretivas e ajustes à mudanças na realidade apresentada durante a execução do projeto.



Tela inicial do Cronograma

Devem ser adicionadas quantas etapas forem necessárias para realização do projeto. Abaixo se encontra a tela onde são preenchidas as novas etapas.



Tela de cadastro das etapas

Nesta parte adicionaremos as informações necessárias para o cadastramento das etapas do cronograma. Abaixo estão listados os campos e como devemos proceder em cada um deles.

Nome: Comunica ao público, de forma sucinta, o que é realizado na etapa.
O que fazer: Informe o nome da etapa .
Exemplo: Definição da metodologia de trabalho.

Descrição: Detalhamento do que é feito na etapa. A descrição é a explicação dos processos de cada etapa, de uma forma minuciosa, para que facilite, posteriormente, a compreensão do que foi decidido no momento de elaboração do projeto.
O que fazer: Descreva o que será feito na etapa.
Exemplo: Escolha dos conceitos para a divisão das ações entre atividades e projetos e definição dos atributos necessários para elaboração das atividades e projetos.

Data inicial: Informa o dia, mês e ano no qual a etapa é iniciada.
O que fazer: Informe o dia, mês e ano.
Exemplo: 15/12/2003

Data término: Informa o dia, mês e ano no qual a etapa deve ser terminada.
O que fazer: Informe o dia, mês e ano.
Exemplo: 19/12/2003

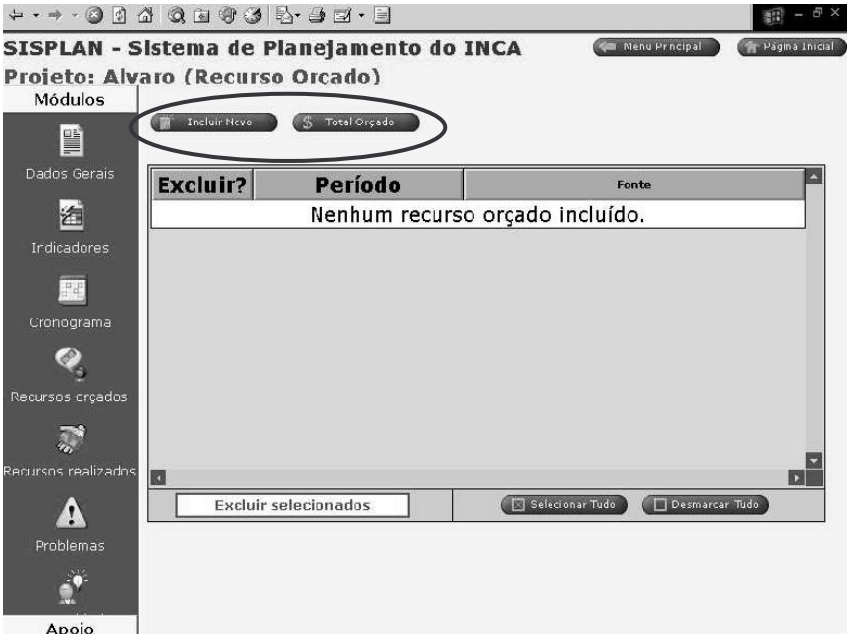
Status: Informa, de forma sucinta, a situação na qual se encontra a etapa.
O que fazer: Selecione o atual status da etapa no painel.
Status Possível: “Atrasada”, “Cancelada”, “Depende da execução de outra etapa”, “Em andamento com previsão dentro do cronograma”, “Em andamento com previsão além do cronograma”, “Finalizada”, “Não Iniciada”, “Sob Reavaliação”, “Suspensa”.
Exemplo: Não iniciada

Importante! Uma etapa com status de “Finalizada” não poderá ser alterada, porque significa que a etapa já está concluída. Em qualquer outro caso, o acompanhamento se faz pela alteração do status da etapa.

Tendo terminado o preenchimento de todos os campos, clique no botão “Gravar Dados”, que enviará uma mensagem “Incluída com sucesso”. Selecione a opção de “Incluir Novo” até o cadastramento de todas as etapas desejadas.
O próximo passo é a definição (previsão) dos recursos necessários em “Recursos Orçados” e o acompanhamento dos recursos usados durante a execução do projeto em “Recursos Realizados”.

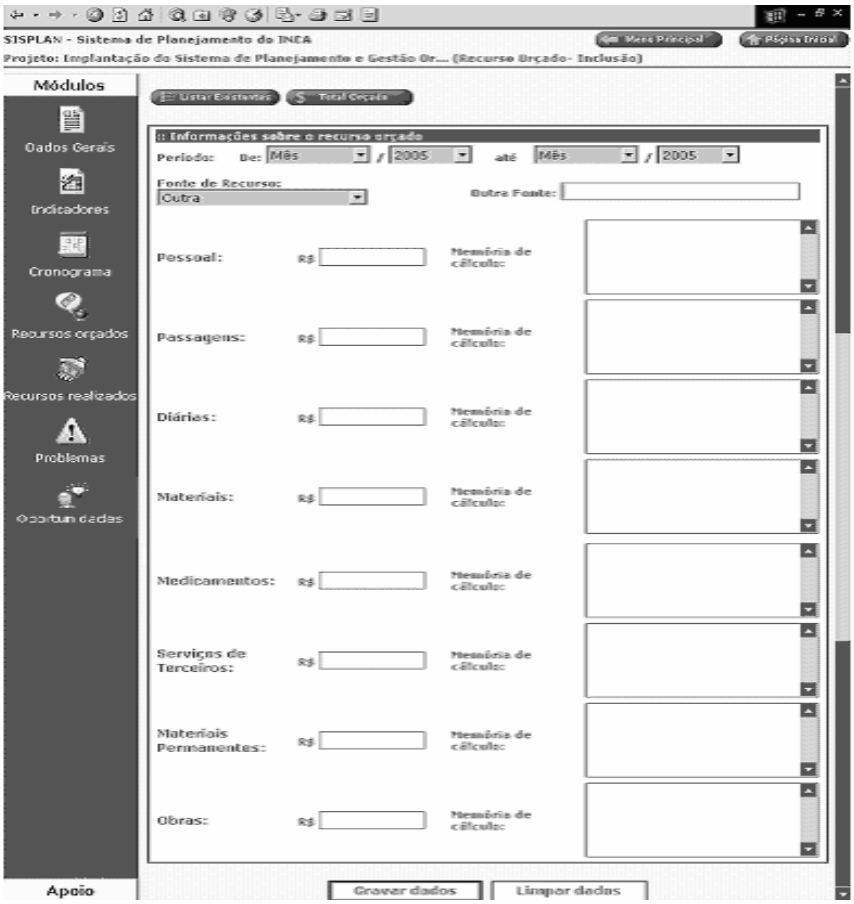
Recursos Orçados / Recursos Realizados

Por estes dois módulos possuírem os mesmos campos, só será apresentada a definição dos campos uma vez. É preciso atentar para a diferença de interpretação entre os dois momentos: um é referente à previsão dos gastos necessários à implementação do projeto (Recursos Orçados) e o outro é sobre o que realmente foi executado (Recursos Realizados).
Clicando-se sobre o botão “Recursos Orçados” poderemos iniciar o processo de previsão de gastos do projeto.



Tela inicial dos Recursos Orçados

Abaixo estão listados os procedimentos necessários para que sejam lançadas as informações sobre previsões de gastos. O processo para o lançamento dos Recursos Realizados é o mesmo, sendo que só será preenchido caso o projeto seja implementado e atualmente, esta atividade está sendo realizada pela Divisão de Planejamento. É fundamental para que as informações atualizadas sejam confiáveis, que o usuário ao solicitar qualquer material ou equipamento, faça referência ao projeto em questão.



Tela de cadastro dos Recursos Orçados

Para se lançar os recursos orçados, devemos primeiro estipular o período em que cada gasto deve ser realizado e a sua respectiva fonte de recursos (MS, FAF ou Outros). Depois se insere o valor previsto no elemento de despesa refernte ao gasto previsto (Pessoal, Passagens, Diárias, Materiais, Medicamentos, Serviços de Terceiros e Material Permanente). Serão listados abaixo alguns exemplos para facilitar a compreensão do processo:

Ex.1: Se em um projeto, serão gastos de abril a julho de 2005, um valor X R$ 1000,00 por mês de pessoal, para a Fonte MS, O o período de abril a julho de 2005 deverá ser selecionado, a fonte de recursos definida (MS) e a previsão de R$ 2000,00 será lançada automaticamente em cada mês o mesmo valor.

Ex.2: Se em um projeto, os gastos em janeiro de 2005 forem provenientes de fonte de recursos diferentes, deverá haver lançamento para cada fonte, ou seja, uma previsão para o mês janeiro/05 com fonte X FAF e outra previsão para o mesmo mês janeiro/05 com fonte Y MS.

Existem três opções de fontes de recursos para seleção: Ministério da Saúde, FAF ou Outros (nesse caso, tem-se que especificar a fonte, como por exemplo, FAPERJ, CNPq, etc).

Abaixo estão listados os campos e como preenchê-los:

Pessoal: gasto correspondente com pessoal a contratar (nesse momento não contabilizaremos funcionário/colaborador que participará do projeto).

O que fazer: informe gasto previsto com pessoal a contratar (salário + encargos) mensalmente, a partir da previsão do início das atividades do contratado.

No campo “Memória de Cálculo” descreva o nº de profissionais a contratar, cargo, carga horária e salário previsto inclusive encargos.

Passagens: gasto correspondente a passagens, excluso diárias.

O que fazer: informe gasto previsto com passagem

Memória de Cálculo: descreva o nº de passagens, tipo (nacional/internacional), itinerário e valor previsto.

Diárias: gasto a ser efetuado em viagem, exceto passagens.

O que fazer: Informe gasto previsto com diárias, conforme tabela vigente do MS.

Memória de Cálculo: Descreva o nº de diárias, tipo (nacional/internacional), itinerário e valor previsto.

Importante! Os valores de passagens deverão estar contidos na cota estipulada para a Coordenação, contemplada no SIPAD.

Materiais: gastos para aquisição de materiais que serão consumidos nas ações do projeto. Materiais de consumo são aqueles que não podem ser incorporados ao patrimônio da Instituição (ex.: material de escritório, seringas, etc.).
O que fazer: informe gasto previsto com materiais de consumo.
Memória de Cálculo: descreva a quantidade e o valor previsto por tipo de material.

Medicamentos: gastos para aquisição de medicamentos.
O que fazer: informe gasto previsto com medicamentos.
Memória de Cálculo: descreva a quantidade e o valor previsto por tipo de medicamento.

Serviço de Terceiros: gastos com a contratação de serviços de empresas (Serviço de Terceiros Pessoa Jurídica) ou contratação de pessoas (Serviço de Terceiros Pessoa Física) para a realização de ações que não podem ser executadas diretamente pela equipe do projeto. A prestação de serviços de terceiros pode envolver trabalhos diversos como produção gráfica, criação artística, treinamentos, desenvolvimento de software, etc.
O que fazer: informe gasto previsto com serviços de terceiros.
Memória de Cálculo: descreva o serviço a ser contratado e o valor previsto.

Materiais Permanentes: gastos com a aquisição de equipamentos e de todo os materiais que serão incorporados como bens patrimoniais (máquinas, equipamentos etc.).
O que fazer: informe gasto previsto com materiais permanente.
Memória de Cálculo: descreva o material, a quantidade e o valor previsto por tipo de material.

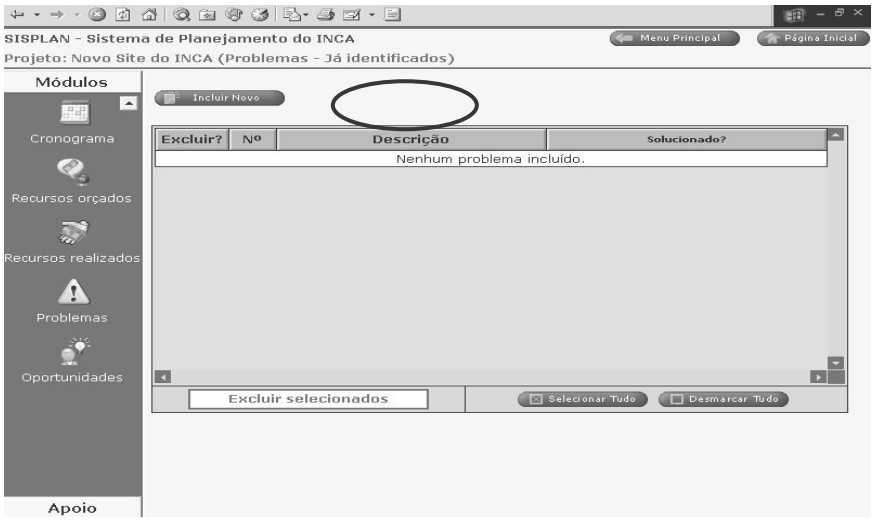
Obras: Gastos com reformas e construções.
O que fazer: Informe os gastos previstos com obras ou reformas.
Memória de Cálculo: Descreva o tipo de reforma ou obra, local, quantidade de m2 e valor previsto por m2.

Ao término do processo devemos acessar “Gravar Dados” para que a ação de acrescentar os recursos previstos/realizados seja concluída.

Problemas

Este módulo é opcional e só será preenchido caso haja problemas no processo de implementação do projeto. Este módulo permite ter uma memória de todas as dificuldades ocorridas durante a execução do projeto, podendo ser usado como um mecanismo de para a avaliarção das causas que levaram ao não cumprimento do cronograma.

Como nos outros módulos, a tela inicial nos mostra a relação dos problemas já cadastrados e temos que acessar o botão “Incluir Novo” para que mais um seja criado.



Tela Inicial dos Problemas

Acessando o botão “Incluir Novo”, temos a seguinte tela para cadastro dos problemas.

Tela de cadastro dos Problemas

Descrição: o problema caracteriza-se pela ausência de normalidade. É uma realidade insatisfatória, claramente identificada, mas superável. É a formalização, de uma discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma de referência aceita ou criada. Pode ser entendido como: deficiência estrutural, insuficiência de recursos, deficiência na prestação de serviço, incapacidade organizativa, imprevistos surgidos no transcorrer do processo etc.
O que fazer: explicitar o problema de forma sucinta, objetiva e clara, de tal forma que os elementos da equipe constatem sua existência e consigam determinar os processos metodológicos e recursos importantes para sua superação.

Causas: subproblemas que determinam ou condicionam o problema principal. Serve para demonstrar o porquê da existência do problema, cuja mudança

qualitativa ou quantitativa, irá produzir uma alteração significativa nas características do problema. As causas são os centros de intervenção para superação dos problemas.
O que fazer: Informar com frases curtas, diretas e de forma objetiva, o porquê do problema existir e que fatos produzem ou condicionam o problema.

Conseqüência: situações decorrentes pelo não enfretamento do problema, provocando a permanência da situação presente ou seu agravamento, dificultando a obtenção dos resultados definidos no objetivo.
O que fazer: Informar com frases curtas, diretas e de forma objetiva a extensão do "mal-estar" que o problema causa e a realidade modificada no futuro projetado.

Proposta de Ação: conjunto de ações (atividades ou projetos) que deverão ser desencadeadas para o enfrentamento das causas mais críticas para, buscando-se a resolução do problema. As ações devem ser desdobradas, passo a passo, de maneira a possibilitar a formulação de etapas de orçamentação, acompanhamento, etc.
O que fazer: informar com frases curtas, diretas e de forma objetiva as operações necessárias para enfrentar as causas. Devem iniciar com expressão verbal clara e definida (ex: realizar, elaborar, diminuir, aumentar, etc.).

Responsável: colaborador responsável pela execução das ações e conseqüentemente, pela obtenção dos resultados esperados.
O que fazer: Informe o nome do responsável e respectiva função.

Resultados Alcançados [esperados ou efetivamente alcançados?]: resultado da execução das ações, definido em termos mensuráveis (qualitativo ou quantitativo).
O que fazer: Informe os resultados das ações propostas.

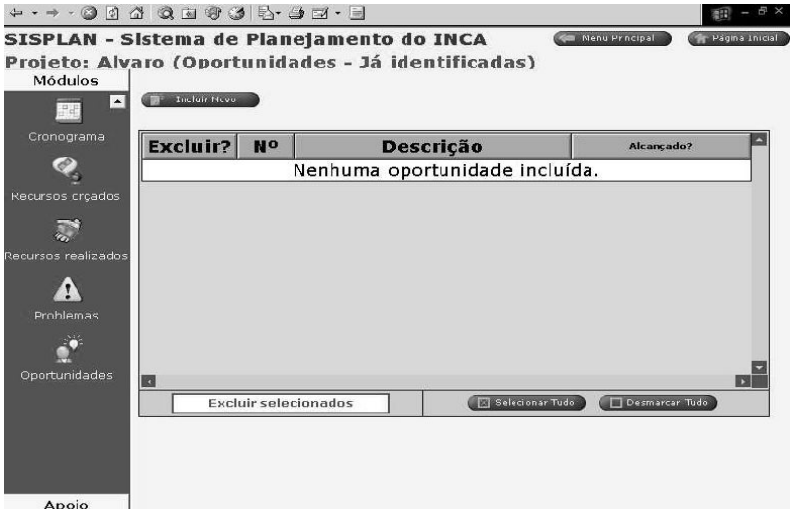
Problema Solucionado: com base na proposta de ações e nos resultados alcançados, verificar se o problema em si foi solucionado. É possível que bons resultados tenham sido alcançados, mas não o suficiente para resolver o todo o

problema apresentado. Caso a resposta seja não deverá ser cadastrado novamente o problema com outras propostas de ação.
O que fazer: selecione “sim” ou “não”.

Após lançamento de todos os campos, clique em “Gravar Dados”.

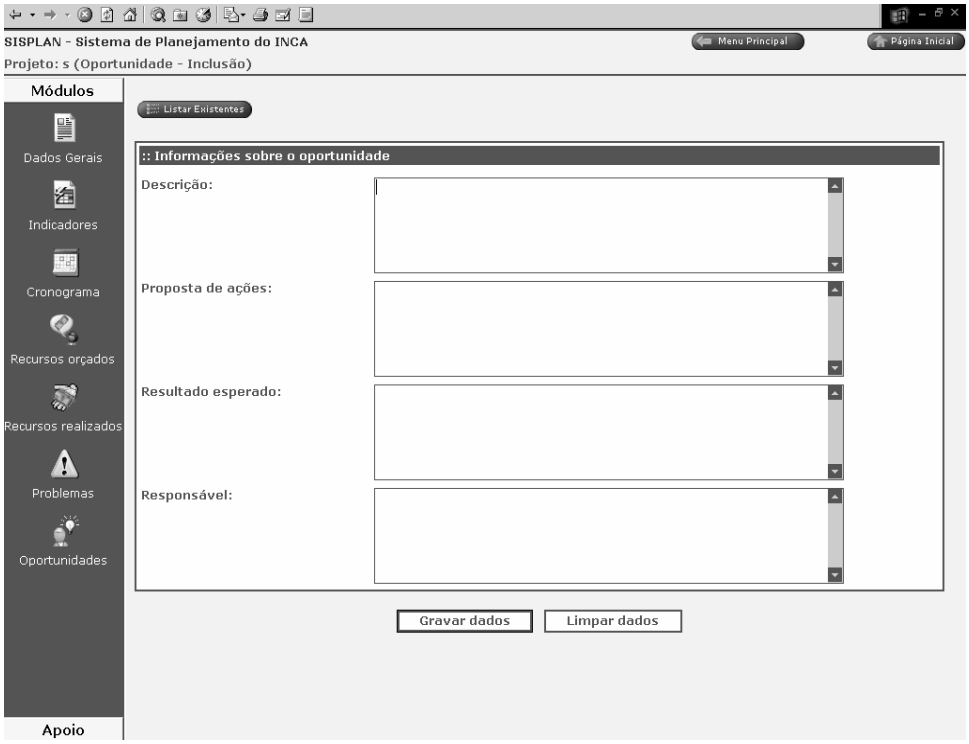
Oportunidades

Também um campo opcional, será preenchido caso seja identificado alguma oportunidade que facilite a implantação do projeto ou que a execução do projeto, gere alguma oportunidade institucional. A tela inicial do módulo “Oportunidades” é igual ao módulo “Problemas”.



Tela inicial das Oportunidades

Acessando o botão “Incluir Novo”, temos então a tela de cadastro das oportunidades.



Tela de cadastro das Oportunidades

Descrição: Surgimento de uma situação alternativa que viabilize a implantação de determinada atividade/projeto. Tais como: mecanismos de financiamento, parceria interna ou externa, integração de ações que otimizem recursos, etc.
O que fazer: Insira a descrição clara e sucinta da situação.

Propostas de Ação: Conjunto de ações (atividades ou projetos) que deverão ser desencadeadas para que a oportunidade identificada possa ser implementada com sucesso.
O que fazer: Descreva as ações a serem desenvolvidas para viabilizar as oportunidades identificadas.

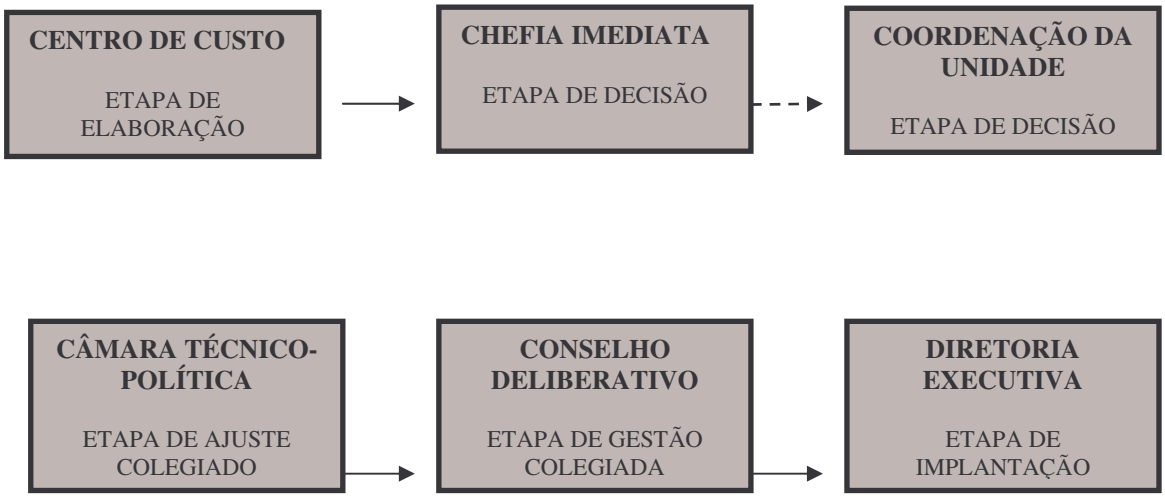
Resultado Esperado: situação desejada após a conclusão das ações.
O que fazer: Informe o resultado esperado.

Responsável: Colaborador responsável pelo gerenciamento da proposta de ação.
O que fazer: Informe o nome do responsável e respectiva função.

Tendo preenchido este módulo, finalizamos com a fase de cadastramento do projeto. O tópico seguinte aborda a segunda etapa pela qual o projeto tem que passar visando sua implantação no Instituto: o Fluxo de Aprovação.

O Fluxo de Aprovação

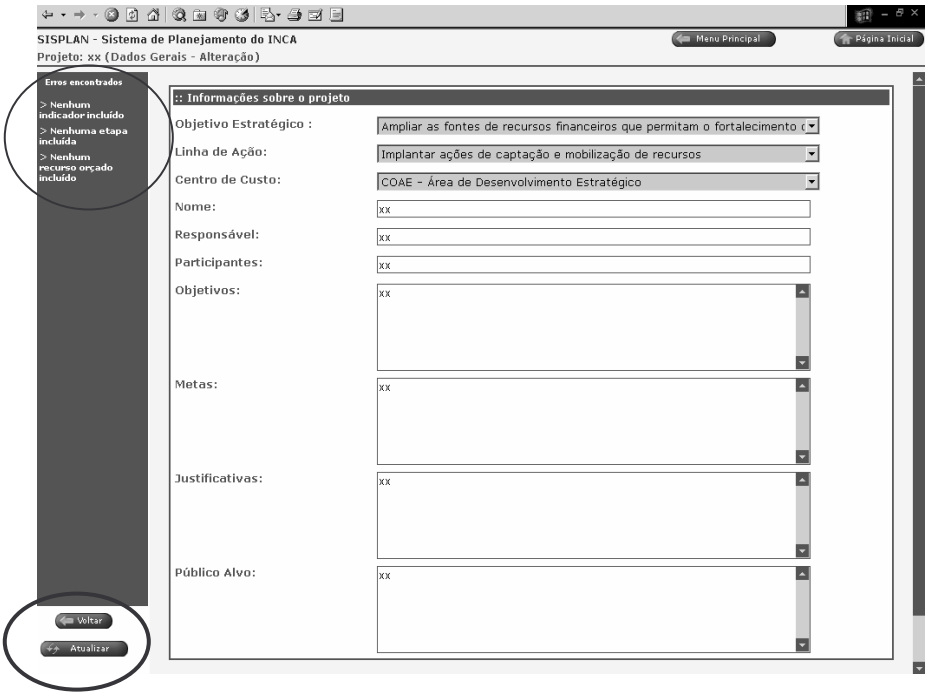
O SISPLAN com base nas premissas do Modelo de Gestão do INCA, participativo e compartilhado, e com foco no fortalecimento das instâncias colegiadas, obedece a um organizado fluxo de ações pelo qual um projeto deve passar até sua aprovação final no âmbito do Conselho Deliberativo.



Depois de criado o projeto, e clicando-se em apoio, as opções relativas ao fluxo de aprovação de projetos estarão disponíveis. No caso de ser o autor do projeto e estiver encaminhando pela primeira vez para a chefia imediata, o ícone “Enviar”, serve para que possa encaminhar o projeto para a instância imediatamente superior.

Importante! Para que o envio seja realizado é obrigatório o preenchimento de todos os campos dos módulos “Dados Gerais”, “Indicadores”, “Cronograma” e “Recursos Orçados”.

O sistema fará uma crítica para garantir que nenhum campo esteja em branco. No alto da tela à direita será enviada uma mensagem, no caso de erro, clique em cima dos “erros” sinalizados e altere conforme orientação.



No canto inferior à esquerda, existem duas opções:
“Voltar” – permite que volte para tela dos módulos;
“Atualizar” – mantém em destaque a tela com a indicação dos erros encontrados e orienta conforme os ajustes forem sendo realizados. Os campos obrigatórios são sinalizados com um asterisco em vermelho.

Quando todos os erros forem acertados a tela apresentada será a abaixo, onde:
“Origem” – centro de custo que está enviando o projeto;
“Destino” – centro de custo que estará recebendo o projeto para deliberação e
“Observação” – espaço reservado para envio de mensagem entre as áreas; este texto ficará gravado no “log” do projeto.

Telas de envio do projeto

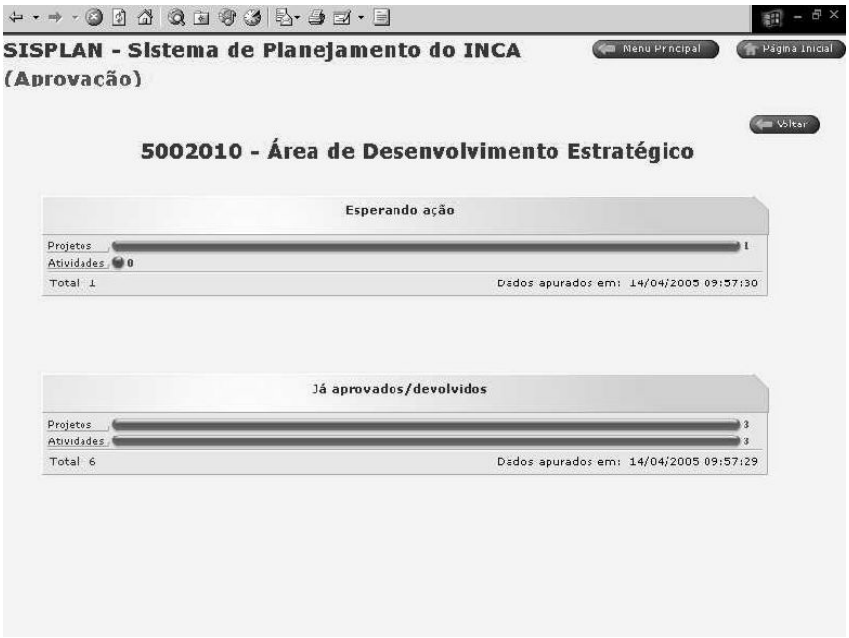
Após o envio do projeto, o mesmo ficará indisponível (fechado) para alterações até que seja aprovado pelo Conselho Deliberativo ou será devolvido para o autor do projeto, pela chefia, para fazer as alterações recomendadas. Então, seu status mudará de “liberado” para “fechado”; e o fluxo de aprovação terá sido iniciado.

O projeto enviado encontra-se agora na instância imediatamente superior, aguardando a aprovação ou a devolução. No “Menu Principal”, a opção “Aprovação”, abrirá uma tela que permite o acompanhamento do projeto:

esperando ação – projetos que estão no seu centro de custo esperando serem aprovados ou devolvidos;
já aprovados /devolvidos – projetos que já passaram pelo seu centro de custo.

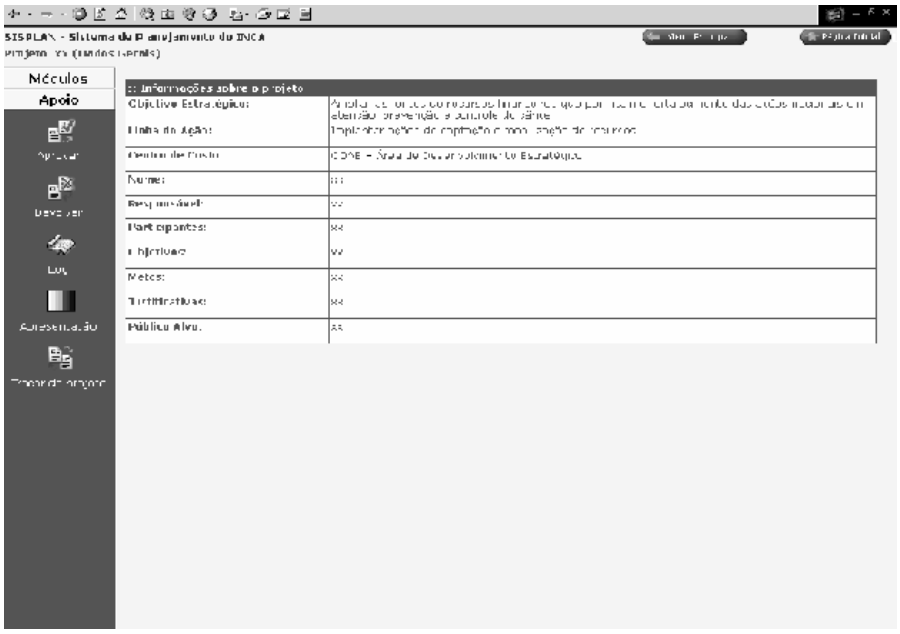
Para que você tenha certeza de que nenhum projeto sob sua responsabilidade está parado esperando uma ação sua, o número de projetos “esperando ação” deverá ser 0 (zero). Não se esqueça de observar o ciclo (exercício) que está seno analisado.

Clicando se na barra de projetos no módulo “Esperando ação”. Serão listados os projetos que estão sob a sua responsabilidade, aguardando sua decisão: aprovar o projeto e enviar para instância superior ou devolver para a instância anterior.



Tela inicial do Módulo “Aprovação”

Para que seja aprovado ou devolvido deve então se escolher o projeto que se quer analisar e clicar sobre o botão “apoio”. Então será aberto um novo módulo com todas as opções relativas ao fluxo de projetos.



Tela de decisão sobre um projeto

Decidido qual deve ser o destino do projeto, deve se clicar sobre o botão “Aprovar” ou sobre o botão “Devolver”. Ao clicar em “Aprovar” estará encaminhando o projeto para sua chefia imediata. A figura abaixo mostra a tela de envio de um projeto para uma etapa superior, com os campos de origem e destino já devidamente preenchidos, e um espaço que deve ser preenchido, com o parecer do remetente que ficará registrado no log do projeto.

O segundo ícone, “Devolver tem duas finalidades: encaminhar o projeto para a instância imediatamente anterior, afim de que sejam feitos os ajustes necessários; ou aprovar o projeto. O campo “parecer” serve para encaminhar as sugestões de melhorias no projeto ou para a justificativa de reprovação.

As outras opções disponíveis são:

Log – abre uma tela com algumas informações importantes para o acompanhamento do projeto dentro do fluxo de aprovação, conforme abaixo descrito.

Origem – informa o centro de custo de onde que envio o projeto;

Destino – informa o centro de custo para onde foi enviado o projeto;

Data – informa a data de movimentação do projeto;

Enviado por – informa o responsável pelo centro de custo que enviou o projeto;

Tipo – informa o status do projeto: no fluxo de aprovação:

Fechado – gravado pelo autor e enviado à chefia imediata

Enviado – enviado pela chefia imediata ao nível hierárquico superior

Devolvido - devolvido pela chefia

Aprovado – aprovado pelo CD para implementação.

Parecer - disponibiliza o parecer de quem enviou.

Tela de envio do projeto

Tela inicial do SISPLAN

Entrando no campo ”Aprovação”, será aberta uma tela com a quantidade de projetos/atividades que já foram aprovados ou devolvidos e os que estão esperando uma ação.

Clicando se na barra de projetos no módulo “Esperando ação” serão listados os projetos que estão sob a sua responsabilidade, aguardando sua decisão: aprovar o projeto e enviar para instância superior ou devolvê-lo para a instância inferior. Devemos atentar que existe um espaço livre para o parecer sobre o projeto.

Para que seja aprovado ou devolvido deve- se então escolher o projeto que se quer analisar e clicar sobre o botão “Apoio”. Será aberto um novo módulo com todas as opções relativas ao fluxo de projetos.

Decidido sobre qual deve ser o destino do projeto, deve se clicar sobre o botão aprovado ou sobre o botão devolver. A figura abaixo mostra como é realizado o envio de um projeto para uma etapa superior (mostrando inclusive os campos de origem e destino já devidamente preenchidos) e o espaço para qualquer orientação que se faça necessário (“Observação”).

As outras opções disponíveis são:

Log – abre uma tela com algumas informações importantes para o acompanhamento do projeto dentro do fluxo de aprovação, conforme abaixo descrito.

Origem – informa o centro de custo de onde que envio o projeto;

Destino – informa o centro de custo para onde foi enviado o projeto;

Data – informa a data de movimentação do projeto;

Enviado por – informa o responsável pelo centro de custo que enviou o projeto;

Tipo – informa o status do projeto: no fluxo de aprovação:

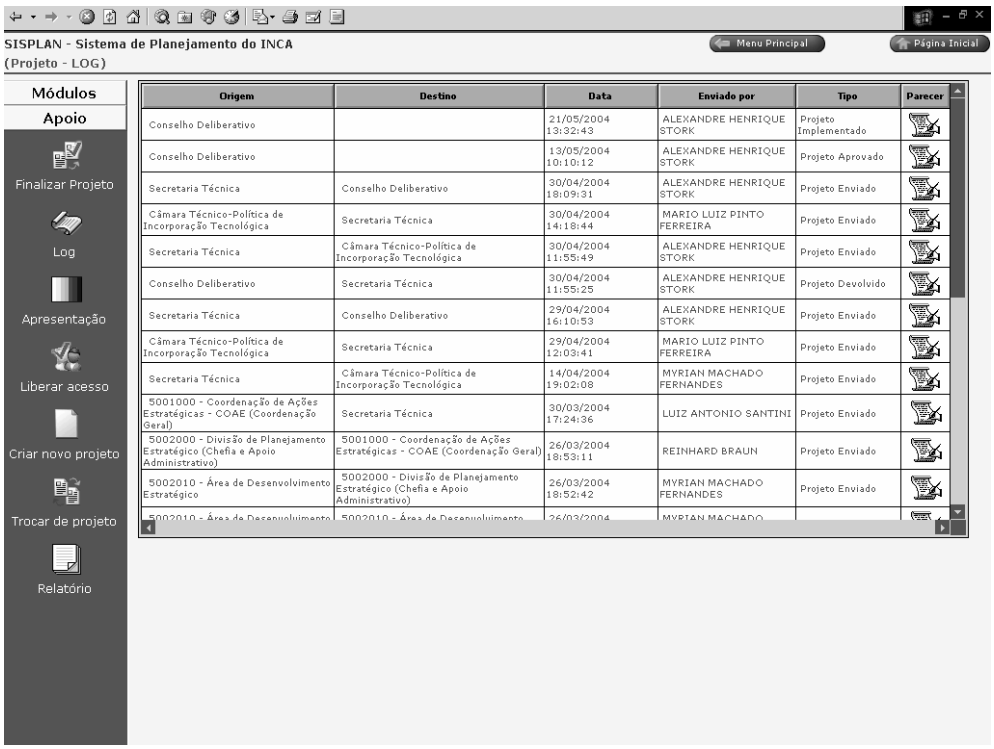
Fechado – gravado pelo autor e enviado à chefia imediata

Enviado – enviado pela chefia imediata ao nível hierárquico superior

Devolvido - devolvido pela chefia

Aprovado – aprovado pelo CD para implementação.

Parecer - disponibiliza o parecer de quem enviou.



Tela do Módulo “Log”

Importante! Quando o cadastro do projeto for realizado pela própria chefia do centro de custo, este deve ser aprovado duas vezes: a primeira como centro de custo de autor e a segunda como centro de custo da chefia imediata [centro de custo de autor e centro de custo da chefia imediata são categorias institucionais de fácil compreensão por todos?].

Importante! Os usuários devem acompanhar com atenção o andamento do projeto no fluxo, pois projetos que já foram enviados podem retornar como "devolvido" e novos projetos serem enviados e estarem aguardando sua decisão.

Apresentação – está disponível uma apresentação padrão com todos os atributos do projeto.
Trocar de projeto – permite que se navegue entre os projetos sob sua responsabilidade.
As Câmaras Técnico-Politicas

As Câmaras Técnico-Políticas (CTP), além de outras competências, desempenha um importante papel para o Sisplan, são responsáveis pela análise dos projetos e atribuição de graus, constates de uma escala de 0 a 4, para cada um deles, que servirão como base para o processo de tomada de decisão por parte do Conselho Deliberativo. As CTP não têm caráter decisório, apenas analítico, a instância final que tem o poder de decisão participativo e compartilhado é o Conselho Deliberativo.
Atualmente, existem quatro Câmaras Técnico-Políticas, distribuídas por temas de discussão, a saber:
Câmara Técnico-Politica de Atenção Oncológica;
Câmara Técnico-Politica de Incorporação Tecnológica;
Câmara Técnico-Politica de Inovação Científica e
Câmara Técnico-Politica de Informação, Ensino e Comunicação.

As CTP analisam os projetos com base em critérios já pré-definidos e aprovados no CD, com o objetivo de avaliar e graduar os projetos dentro desses critérios, descritos abaixo.

Viabilidade Operacional: capacidade operacional da Instituição para desenvolver o projeto, levando em consideração a governabilidade institucional sobre o projeto, o conhecimento das técnicas demandadas pelo projeto, seus insumos necessários e os aspectos políticos que permitam sua execução.

Impacto: mede de que forma o cumprimento das metas pré-estabelecidas no projeto interferem positivamente no seguinte conjunto de fatores: alcance dos objetivos da instituição, resolução do problema proposto, influência sobre outros projetos / atividades e melhoria do desempenho.

Custo do Adiamento: trata-se de verificar em que nível a não execução de um determinado projeto, e a conseqüente não intervenção sobre uma dada realidade, vai interferir na permanência da situação presente, dificultando os processos de mudança e melhoria da qualidade dos serviços e/ou produtos.

Relevância Pública: avalia de que forma um projeto contribui para que a Instituição atenda as necessidades, aspirações e interesses da sociedade, dentro dos princípios do SUS.

Para traduzir a contribuição ou influência do projeto sob a ótica de cada um desses critérios, são utilizados graus com variação de 0 a 4, com seu respectivo significado: Nenhum (0), Baixo (1), Médio (2), Alto (3), Muito Alto (4).

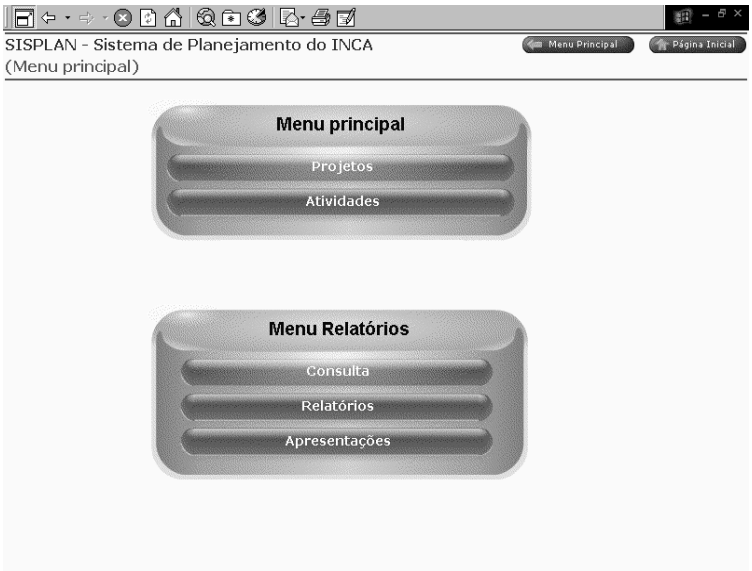
Consultando um Projeto

O usuário pode consultar qualquer projeto da instituição já cadastrado no SISPLAN, bastando para isso, acessar o “Menu Relatórios”, botão “Consulta”.
A busca poderá ser realizada de várias formas diferentes, por centro de custos, tipo (projeto/atividade), código (número do projeto), status (Aprovado, Banco de Projetos, Câmara Técnica, Conselho Deliberativo, Secretaria Técnica e Finalizado), ciclo (ano) ou descrição (nome do projeto). É importante salientar que os projetos com o status “Banco de Projetos” poderão ser copiados pelo autor, atualizados seus principais atributos e reapresentados.

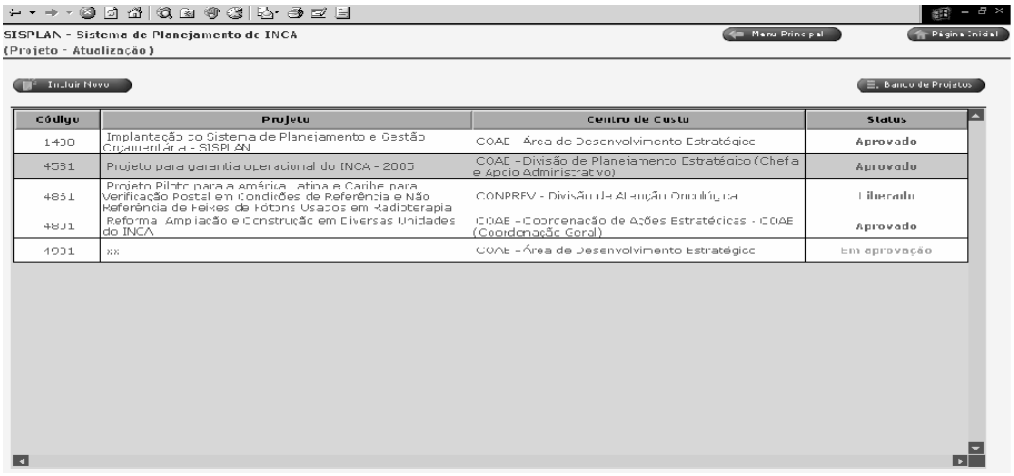
Acompanhamento do Projeto

O controle de um Projeto é um instrumento fundamental de apoio e racionalização da execução, no sentido de assegurar a observância ao programado e prevenindo desvios das metas. Para que um Projeto seja implementado com sucesso, devemos, portanto, nos ater a esta etapa com seriedade, de modo a assegurar que fatores externos não inviabilizem a implantação do projeto, ou, durante a execução ocorram riscos e desvios, que o distanciem dos resultados e das metas almejadas. Não faz sentido planejar sem o propósito de que o planejamento sirva como uma garantia de que a idéia que se transformou em projeto possa ser posta em prática de modo racional e coerente, tornando possível e viável o alcance dos objetivos e das metas que o projeto pretende alcançar.

O responsável pelo projeto aprovado deve acessar seu projeto pelo “Menu Principal”, clicando em “Projetos”,



onde aparecerá um tela com o código dos projetos, nome dos projetos, centro de custo e status. O projeto a ser acompanhado tem que estar com status “aprovado”, porque isto significa que o projeto passou por todo o processo de aprovação e foi aprovado para implementação pelo CD.



O próximo passo é selecionar o projeto, clicando em sobre seu título, para podermos fazer seu acompanhamento por meio da atualização dos seguintes módulos:

Problemas (Vide 2.1.5)

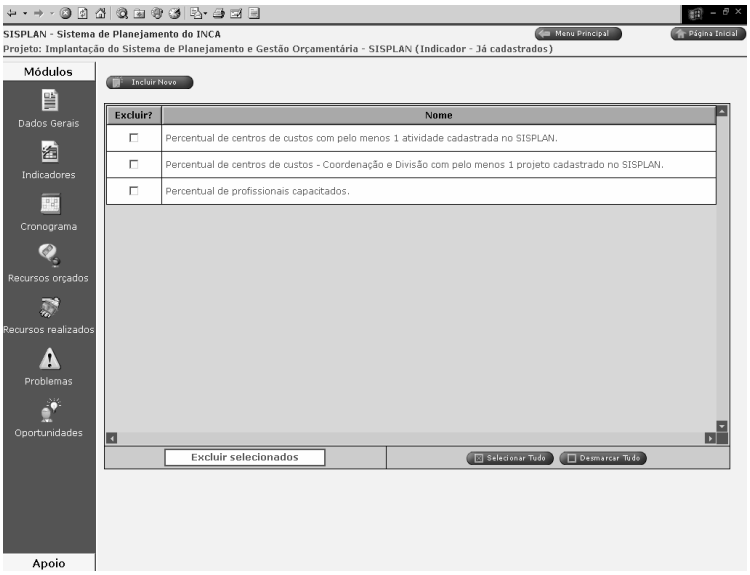
Oportunidades (Vide 2.1.6)

Resultado do Indicador e atualização do cronograma (descritos a seguir).

Resultado do Indicador

Com o projeto aprovado e em execução, devemos saber se estamos conseguindo alcançar as metas e conseqüentemente atendendo os objetivos para os quais ele foi desenvolvido. Para isso, é necessário o registro dos resultados dos indicadores concebidos na fase inicial de cadastramento.

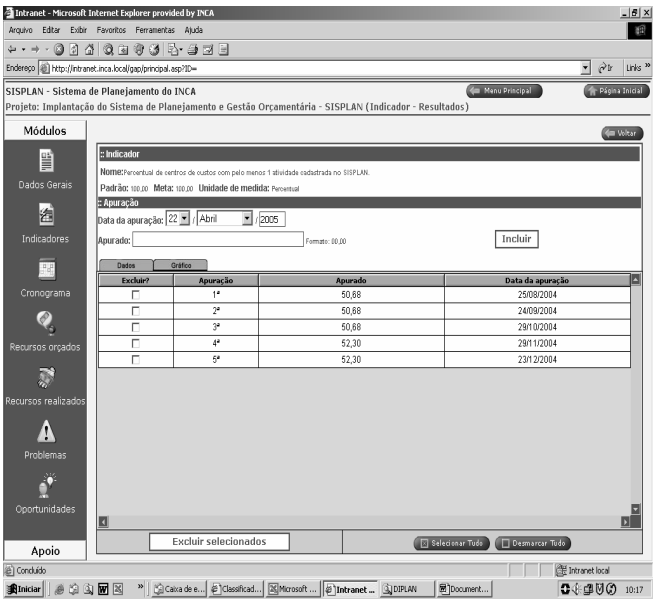
Para que esta etapa seja cumprida, deve-se acessar no Menu Principal o ícone “Projetos”, entrar no projeto que se deseja acompanhar; selecionar o módulo “Indicadores”. Estarão listados todos os indicadores cadastrados para o projeto: escolha qual será atualizado.



Tela dos indicadores do projeto

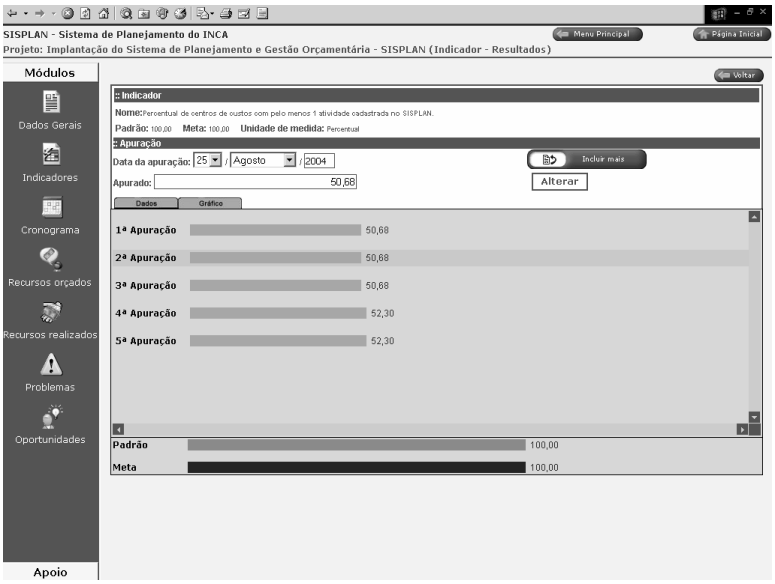
Tela inicial do indicador selecionado

No canto superior esquerdo da tela inicial do indicador, existe um botão chamado “Resultados”, com um clique sobre ele, poderemos dar início ao cadastro das informações relativas ao seu desempenho.



Tela de resultados do indicador

Deverá entrar com a data de apuração do indicador e o seu respectivo valor (campo “Apurado”), depois tecle “Incluir”. O histórico das observações realizadas são listadas na mesma tela (em baixo) e podem ser visualizadas também em forma de gráfico, clicando-se no botão com mesmo nome, como abaixo.

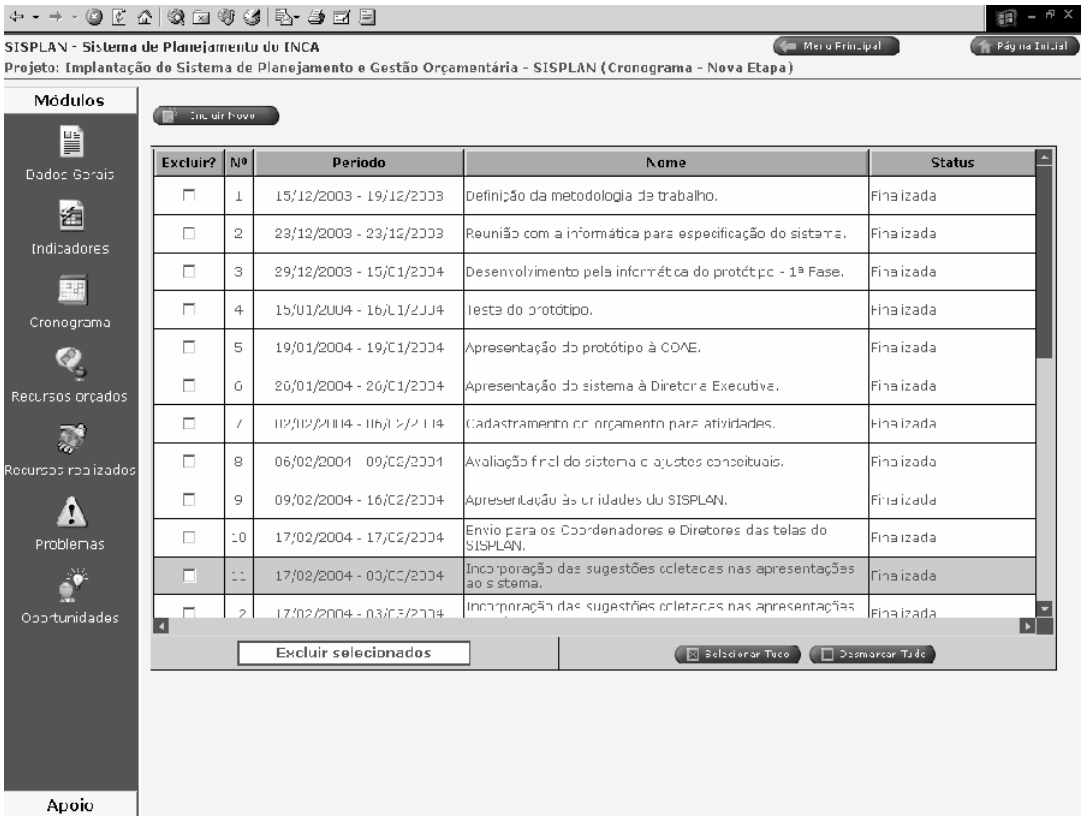


Segunda tela de resultado do Indicador

Atualização do cronograma

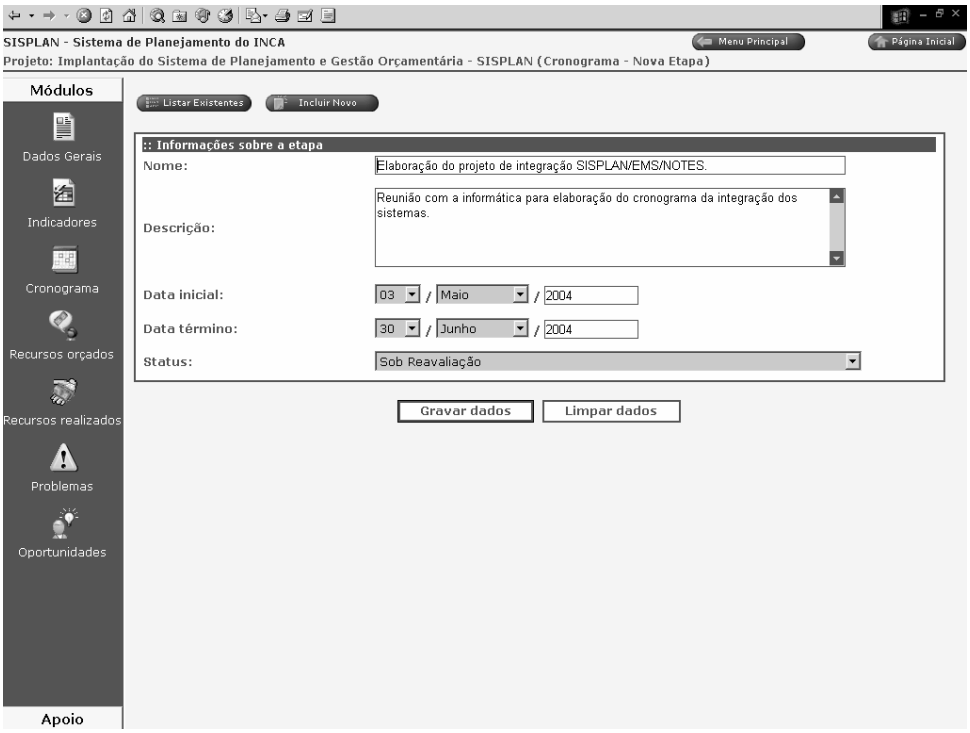
Assim como os indicadores permitem o acompanhamento do alcance dos objetivos, o cronograma permite o acompanhamento da execução física do projeto, detectando problemas que podem levá-lo a não finalização no tempo previsto, e a tempo de corrigi-los.

Para tal devemos selecionar o módulo “Cronograma”, onde aparecerá uma tela com a listagem de todas as etapas cadastradas.



Tela Inicial de Atualização de cronograma

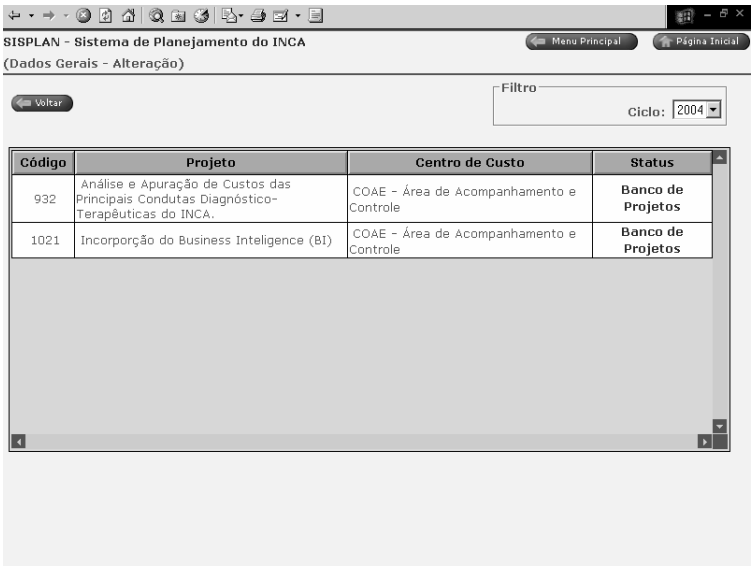
O próximo passo é selecionar uma etapa e atualizar o status. Não esqueça de gravar os dados.



Tela de atualização de cronograma – “status”

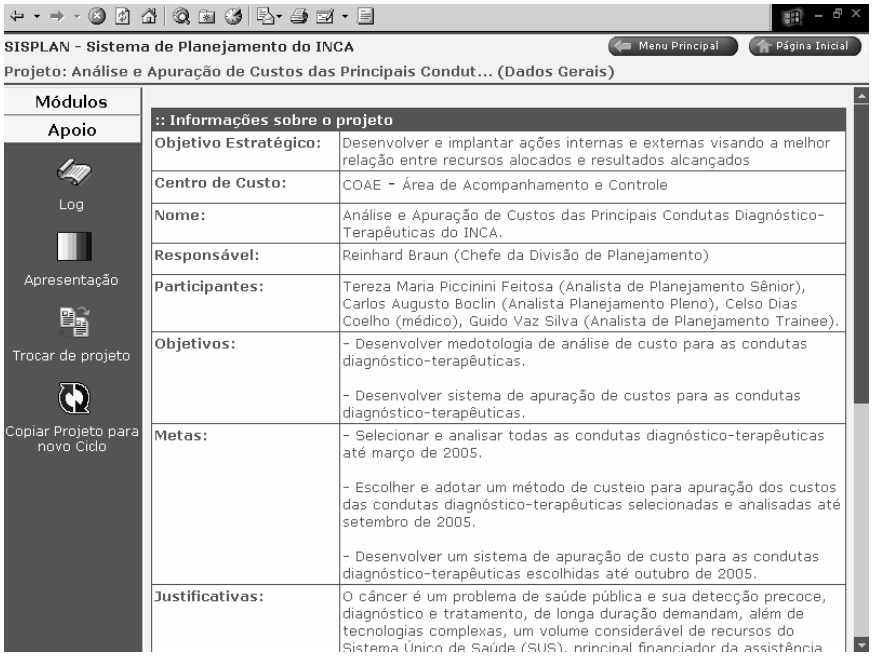
O Banco de Projetos

Os Projetos que completaram todo o Fluxo de Aprovação (Vide 2.2) e não foram aprovados pelo Conselho Deliberativo são arquivados no Banco de Projetos. Esses Projetos podem ser resgatados pelo autor, a cada inicio de ciclo, ou seja, um projeto não implementado em um período poderá ser reapresentado no seguinte. Para que se possa reapresentar um projeto, devemos proceder da seguinte maneira: Na tela inicial do SISPLAN, ir em “Projeto”; depois acessar o botão “Banco de Projetos” e então clicar sobre o projeto que se quer resgatar (Vide figura abaixo).



Tela inicial de Banco de Projetos

Feito isto, o projeto será aberto com a maioria das informações lançadas na época do cadastramento e o módulo apoio estará ativo. Ao clicar sobre este módulo uma nova opção poderá ser selecionada, a opção “Copiar projeto para um novo ciclo” e poderá ser acessada. (Conforme demonstrado abaixo).



Tela do módulo de apoio de um projeto com status “Banco de Projetos”

Os módulos “Cronograma” e “Recursos Orçados”, não são resgatados por se entender que esses campos variam sensivelmente em função do cenário vigente. Os projetos que forem reapresentados para um outro ciclo deverão passar pelo fluxo de aprovação novamente.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer
Coordenação de Ações Estratégicas
Divisão de Planejamento
2005

Responsável pelo documento:

ÁREA DE DESENVOLVIMENTO
Myrian Machado Fernandes
Alexandre Henrique Stork